

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1954

N°

THÈSE 271

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Claude, Michel, Louis, Charles MARTIN

Né le 27 Juillet 1927, à St-Gildas-des-Bois (Loire-Inférieure)

Présentée et soutenue publiquement le

**Etude sur 100 cas d'alcoolisme
de service ouvert
en Bourbonnais**

Président de Thèse : M. Jean DELAY, Professeur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1954

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

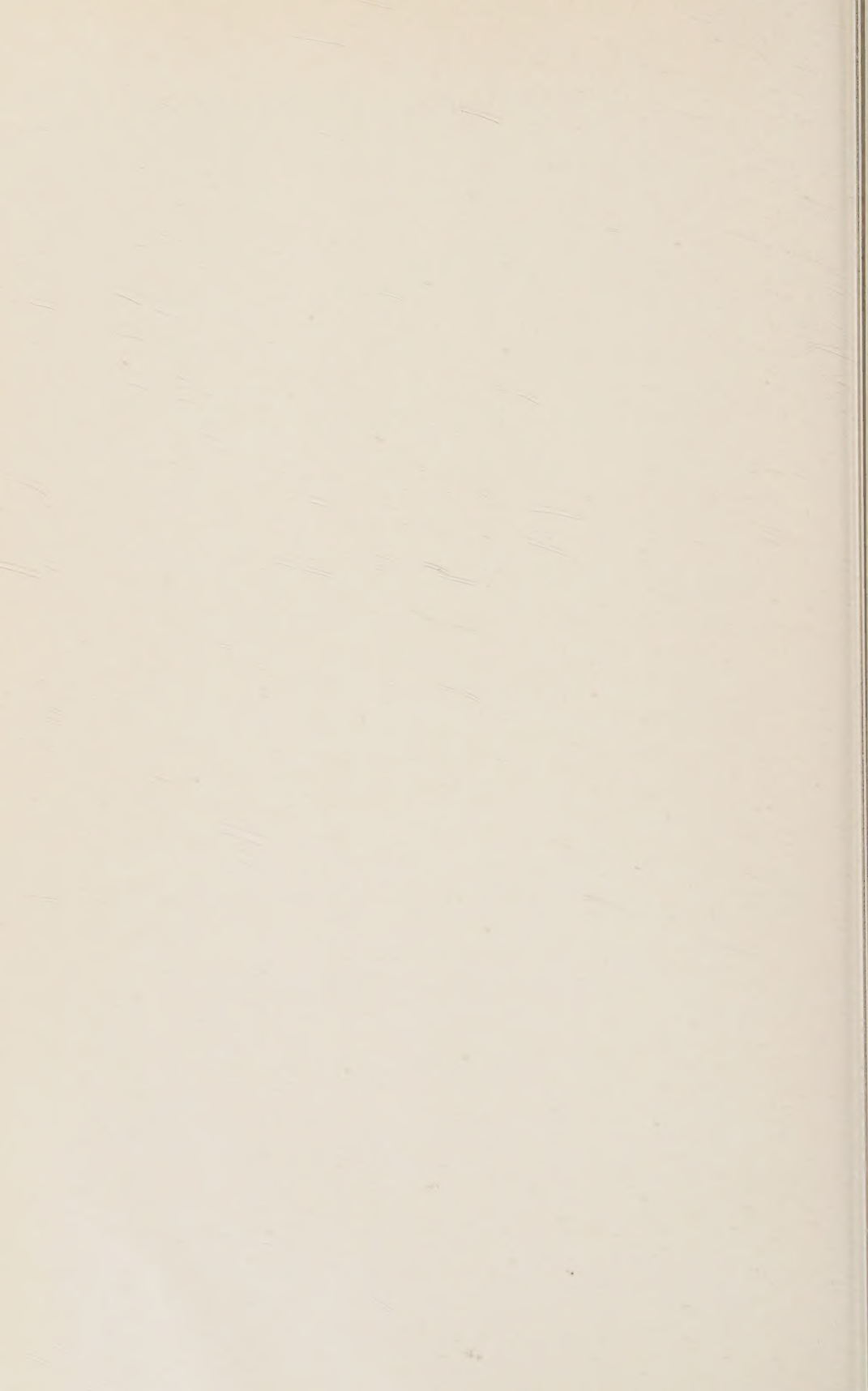
Claude, Michel, Louis, Charles MARTIN

Né le 27 Juillet 1927, à St-Gildas-des-Bois (Loire-Inférieure)

Présentée et soutenue publiquement le

Etude sur 100 cas d'alcoolisme de service ouvert en Bourbonnais

Président de Thèse : M. Jean DELAY, Professeur.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN HONORAIRE :

MM. BALTHAZARD et BAUDOUIN

DOYEN

M. LÉON BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR

Jean VERNE

PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. BALTHAZARD, BASSET, BAUDOUIN, BRINDEAU,
E. BRUMPT, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY,
CLERC, DELBET, GUILLAIN, HARTMANN, LAIGNEL-
LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LHERMITTE,
LOEPEL, MARION, MATHIEU, MULON,
OMBRÉDANNE, ROUVIÈRE, SANNIÉ, SÉBILÉAU,
SEZARY TANON.

I. — PROFESSEURS

	MM.		MM.
anatomie	OLIVIER E.	Clinique gynécologique	MOCQUOT P.
anatomie pathologique	LEROUX R.	Hôtel-Dieu	BÉNARD H.
bactériologie	GASTINEL P.	Cliniques	BICHAT LAROCHE G.
biologie médicale	VERNE J.	médicales	Cochin HARVIER P.
oncologie médicale et		Pitié	LIAN C.
sociale	HUGUENIN R.	Clinique médicale d'hydro-	
carcinologie	OBERLING C.	climatologie thérapeutique.	JUSTIN-
hygiène médicale	POLONOVSKI M.		BESANÇON L.
cliniques	Hôtel-Dieu BROcq P.	Clinique médicale propé-	
chirurgicales	St-Antoine CADENAT F.	tique	PASTEUR VALÉRY
Salpêtrière	MONDOR H.		RADOT
Cochin	QUENU J.	Cliniques	Tarnier LANTUÉJOL P.
Clinique chirurgicale répara-		obstétricales	Baudeloque LÉVY-SOLAL E.
trice et orthopédique	MERLE	Port-Royal	PORTES L.
	D'AURIGNÉ R.	Clinique ophtalmologique ..	VELTER E.
Clinique de cardiologie	DONZELOT E.	Clinique oto-rhino-laryngolo-	
Clinique de chirurgie infan-		gique	LEMAITRE F.
tile et d'orthopédie	FÈVRE M.	Clinique physio-pathologique	
Clinique de chirurgie pleuro-		des problèmes alimentaires	
pulmonaire	MONOD R.	(chaire à titre personnel).	RICHET C.
Clinique de la tuberculose ..	BERNARD E.	Clinique psychiatrique infan-	
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-	tile	HEUYER C.
	DUTAILLIS D.	Clinique rhumatologique ..	COSTE F.
Clinique de puériculture ..	LELONG M.	Clinique stomatologique	DECHAMPE M.
Clinique des maladies cuta-		Clinique thérapeutique chi-	
nées et syphilitiques	GOUGEROT H.	rurgicale	SÉNÈQUE J.
Clinique des maladies du		Clinique thérapeutique mé-	
sang	CHEVALLIER P.	dicale	CHARBOL E.
Clinique des maladies du		Clinique urologique	FEY B.
système nerveux	ALAJOUANINE T.	Embryologie	GIROUD A.
Clinique des maladies des en-		Histoire de la médecine et	
fants	DEBRÉ R.	de la chirurgie	BARIÉTY M.
Clinique des maladies infec-		Histologie	CHAMPY C.
tieuses	MOLLARET F.	Hygiène et clinique de la	
Clinique des maladies men-		première enfance	CATHALA J.
tales et de l'encéphale ..	DELAY J.		

	MM.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON C.
Médecine du travail	DESOLLE H.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE R.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLARD H.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINE
Pathologie exotique	LAVIER G.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE A.

	MM.
Pathologie médicale	MOREAU R.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES L.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD R.
Physiologie	BINET L.
Physique médicale	STROHL A.
Radiologie médicale	DESGREZ H.
Technique chirurgicale	MOULONGUET P.
Thérapeutique	TURPIN R.

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS ET AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CORDIER J.-C. Pr. s. ch. DEBEYRE J. DELMAS A.
Anatomie pathologique ...	Mlle GAUTHIER- VILLARS P. Pr. s. ch. BUSSEY F.
Bactériologie	FASQUELLE R. NEVOT A.
Biologie médicale	BOURLIÈRE F.
Chimie médicale	ETTORI J. Pr. s. ch. JAYLE M.-F. Pr. s. ch. SCHAPIRA G.
Dermato-syphil.	DEGOS R.
Histologie	BULLIARD H. Pr. s. ch. COUJARD R. DESCLAUX P.
Hydrologie	DEBRAY C.
Hygiène	BOYER J. DEPARIS M.
Médecine légale	DEROBERT L. GAULTIER J.
Pathologie chirurgicale ...	HUGUIER J. LAURENCE G. LÉGER L. OLIVIER CL. PADOVANI P. POILLEUX M. ROUX M. BUDLER J. C. VERNE J. M.
Pathologie expérimentale .	MERKLEN P.

	MM.
Pathologie médicale	BERNARD J. BOUDIN G. CASTAINE P. CONTE M. DECOURT J. DOMART A. DREYFUS Gilb. FAUVERT R. HAMBURGER J. KOURILSKY R. LAMY M. MAURIC G. MILLIEZ P. PERRAULT M. RAMBERT P. THIEFFRY St. TURIAF J.
Neurochirurgie	N...
Neurologie	SEZE (S. DE)
Obstétrique	GRASSET J. LEPAGE F. MAYER M. MERGER R. RAVINA J. VARANGOT J.
Ophtalmologie	OFFRET G. DESIGNES P.
Oto-rhino-laryngologie ...	HALPHEN E. Pr. s. ch. MADURO R.
Parasitologie	BRUMPT L.
Parasitologie col.	CHABAUD
Pathologie chirurgicale ...	ABOULKER P. BAUMANN J. GOSSET J.
Pédiatrie	LAPLANE R. MARIE J.
Pharmacologie	Mlle LÉVY J. Pr. s. ch. CHEYMOY J. H.

	MM.		MM.
Physiologie	BARGETON D.	Psychiatrie	BARUK H.
	PARROT J. L.	Psychiatrie infantile	MICHAUX L.
	DOGNON A.	Stomatologie	Mme CHAPUT A.
Physique médicale	Pr. s. ch.	Thérapeutique	BROUET
	DJOURNO A.		chargé de l'ens.
	GOUGEROT L.	Urologie	KUSS R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES et AGRÉGÉS Rappelés à l'Exercice pour le service des Examens

	MM.		MM.
Pathologie chirurgicale	BASSET A.	Obstétrique	LE LORIER V.
Clinique chirurgicale	GATELLIER J.	Obstétrique	VAUDESCAL R.
Obstétrique	BRINDEAU A.		

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES chargés de cours de Clinique annexe à titre permanent

	MM.		MM.
	AMELINE A.		LENÈGRE J.
	FUNK-		MARCHAL J.
Clinique chirurgicale	BRENTANO P.	Clinique médicale	MOUQUIN M.
	MÉNÉGAUX G.		SOULÉ E.
	PATEL J.		DIGONNET L.
	SICARD A.		ECALLE G.
	BOULIN R.	Clinique obstétricale	LACOMME M.
	BROUET G.		SUREAU M.
Clinique médicale	CACHERA R.	Clinique ophtalmologique ..	RENARD G.
	DELARUE A.	Clinique oto-rhino-laryngolo-	
	GARCIN J.	gique	AUBIN A.
	HAGUENEAU M.	Clinique urologique	COUVELAIRE R.

MM.

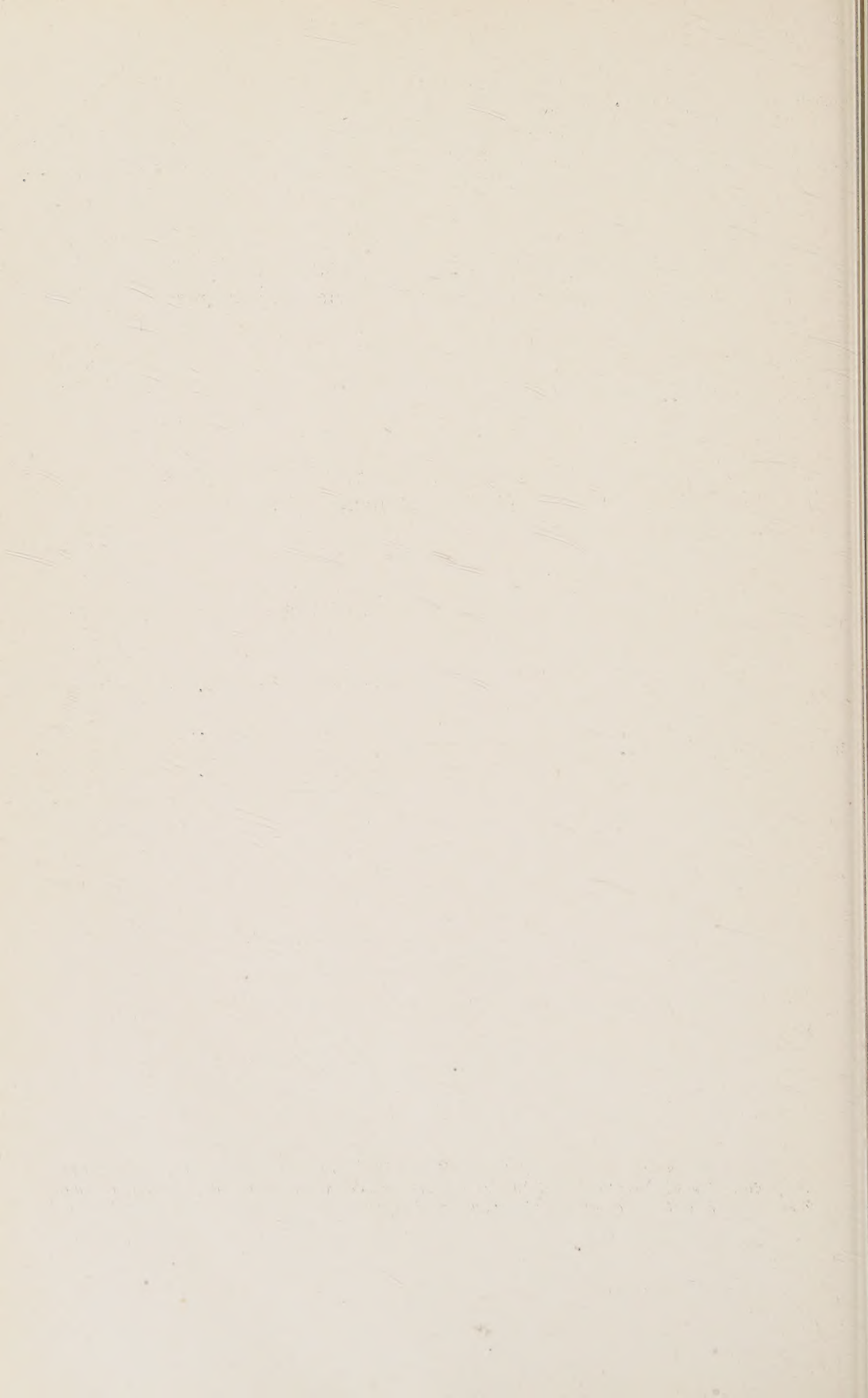
Secrétaire de la Faculté .. MOREL J.

Secrétaire adjoint Mlle CHAINTREUIL G.

Bibliothécaire en chef Docteur HARN A.

Bibliothécaires { Mlles DUMAITRE P.
GOIGNON A.-M.
MM. LAURENT H.
LE NOIR G.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

A MON FRÈRE, LE DOCTEUR CHARLES MARTIN

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique
des Maladies Mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-Chef de l'Hôpital Sainte-Anne
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous fit l'honneur d'accepter la prési-
dence du jury de cette thèse,*

L'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. ROYER

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine,
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

*Qui guida nos premiers pas en psychiatrie
et sut nous faire bénéficier de ses conseils
amicaux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. CARBILLET

*Médecin des Hôpitaux Psychiatriques,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chevalier de la Santé Publique*

*En témoignage de respectueuse reconnais-
sance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. DOUSSOT

*Médecin des Hôpitaux Psychiatriques,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Médaille Militaire,*

*Que nous tenons à remercier de l'accueil
bienveillant qu'il nous réserva dans son
service et de l'aide précieuse qu'il nous
apporta dans la rédaction de cet ouvrage.*

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR A. LALLEMAND

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

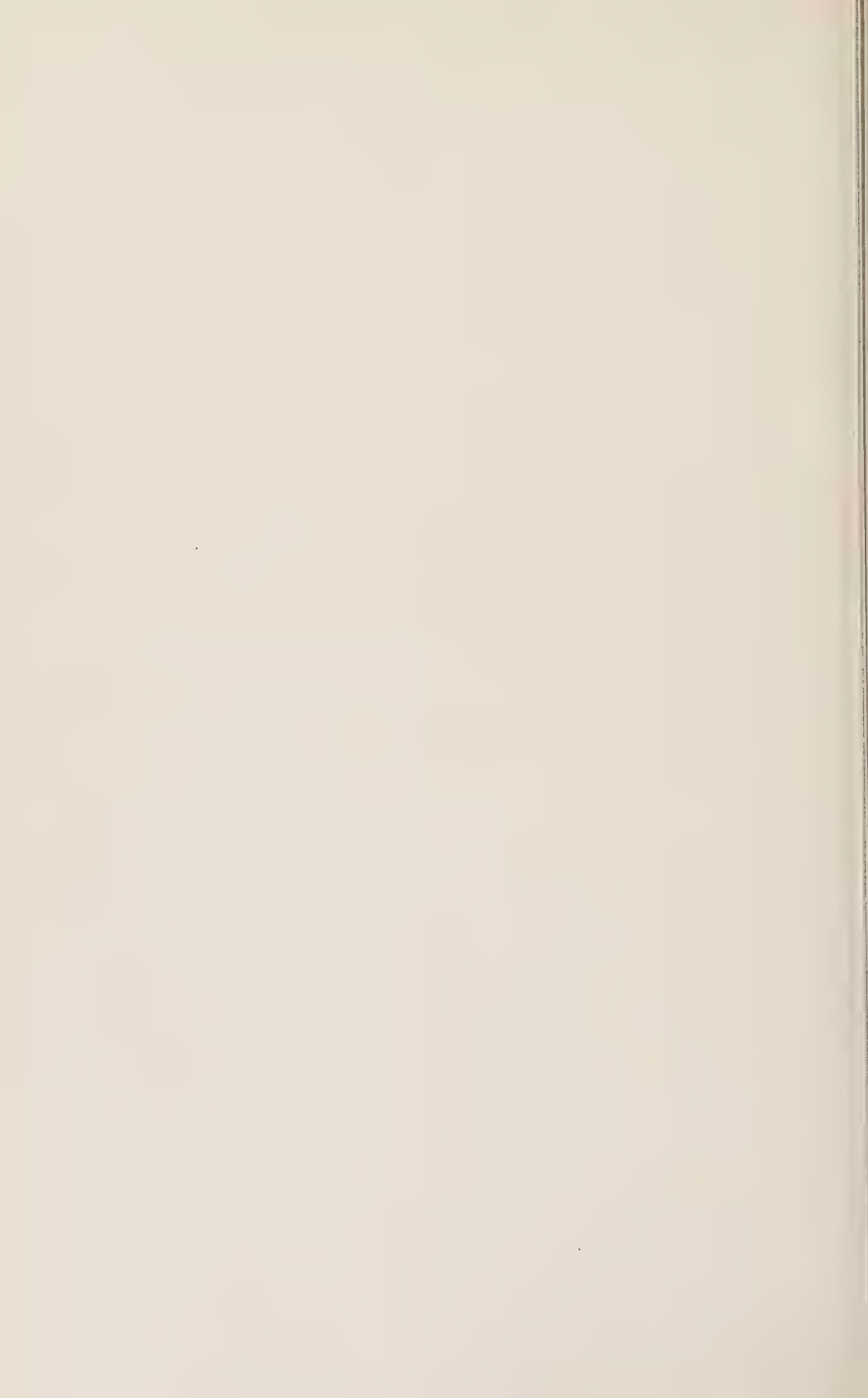
*Qu'elle reçoive ici le témoignage de notre
reconnaissante amitié pour l'aide qu'elle nous
apporta.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



Introduction

Depuis la « découverte » de l'alcoolisme, par Magnuss Huss, en 1852, un siècle de travaux, tant français qu'étrangers, a permis l'accumulation d'une masse considérable de documents tendant à préciser les aspects économiques, sociaux, psychologiques et pathologiques de cette question.

Si ces études ont abouti à une connaissance et à une classification précises des manifestations cliniques, somatiques ou psychiques, de l'alcoolisme, elles n'ont pas apporté de réponses univoques aux problèmes de ses causes. La discordance des résultats obtenus paraît tenir, d'une part aux attitudes différentes des divers observateurs et, d'autre part, en dehors de la complexité intrinsèque de cette étiologie, de conditions d'étude très variables : évolution dans le temps, en général péjorative — au moins dans notre pays — dissemblance des facteurs suivant le lieu géographique des travaux.

Nous bornerons donc notre propos à l'analyse statistique de 100 cas d'alcoolisme qu'il nous a été permis d'observer personnellement, au cours des trois dernières années, au Service de Cure Libre de l'Hôpital Psychiatrique départemental de l'Allier.

Nos éléments nous ont essentiellement été fournis par la partie masculine du Service (95 % des observations). Qu'il nous soit permis de remercier ici Monsieur le Docteur Doussot, Médecin-Chef du Service de Cure Libre — Section Hommes — qui nous inspira ce sujet et nous fit bénéficier de ses conseils.

Dans ces conditions, ce travail ne peut prétendre avoir une valeur générale. Cependant, la qualité de nos malades, hospitalisés en Service Ouvert, appartenant à la population d'une province du Centre de la France, le Bourbonnais, qui ne passe pas pour spécialement alcoolisée, nous paraît justifier cette étude.



I. CONDITIONS GENERALES D'ETUDE

A. — CIRCONSTANCES GÉOGRAPHIQUES

En 1569, le géographe Nicolas de Nicolay donnait du Bourbonnais la description suivante :

« De l'Orient tirant au Septentrion, est séparé du Charollais et des duchés de Bourgogne et Nivernais par le cours du fleuve de Loire ; et de Septentrion à l'Occident, traversant le dit fleuve d'Allier, se joint au duché de Berry et au Comté de Marche ; puis de l'Occident au Midi, par forêts, taillis et montagnes, est divisé de la même Marche du pays de Combraille et duchés d'Auvergne et Montpensier ; et enfin, du Midi reprenant l'Orient jusqu'au bord du fleuve de Loire, continuant les mêmes montagnes et traversant les grands bois de Vendat et Randan et les fleuves de Sioule, Anelot et Allier par autres grandes et âpres montagnes, forêts, rivières et vallées, se confîne avec la Basse-Auvergne, appelée Limagne, et au pays de Lyonnais et Forez... Il est situé en climat doux et gracieux, lequel étant diversifié de riches coteaux et montagnes, plaisantes vallées et campagnes, prairies, étangs et pacages, est très délectable et fertile, car il abonde en quantité très grande de tout gros et menu bétail, comme bœufs, vaches et taureaux, ânes, chèvres et agneaux et autres espèces de bétail, duquel, à cause du commerce et trafic ordinaire qu'en font les Bourbonnais par toutes leurs foires et marchés avec les étrangers et leurs voisins, en provient richesse inestimable audit pays, lequel d'ailleurs, est peuplé de grands bois et forêts pleins de sauvagine fauve et noire, et tout autre gibier de chasse pour le plaisir et déduit du prince et des grands seigneurs. Et quant aux vallées et prairies, elles ne sont pas moins plaisantes à l'œil qu'abondantes en foin, pacages et claires fontaines, lesquelles s'écoulent par divers murmurants ruisseaux, enfin par longs traits obliques et ondoyants se rangent en divers beaux fleuves qui arrosent tout le pays bas, ce qui le rend copieux en grains de froment, seigle, orge et avoine, en pois, fèves, safran, chanvre, lin et huile de noix et toutes sortes d'excellents fruits. Puis les coteaux où sont les vignobles produisent quantité merveilleuse de très bons vins vermeils, clarets et blancs..., de manière que cette petite province, laquelle est peuplée de plusieurs petites villes, bonnes bourgades, paroisses, châteaux, et maisons nobles, combien

qu'en plusieurs endroits elle soit maigre et sablonneuse ; et non à demi cultivée par l'ignorance et vraie paresse des habitants, si se peut elle a bon droit dire, entre plusieurs autres assez féconde et abondante pour ce qui est nécessaire pour la vie de l'homme, voire qu'outre leurs provenances ordinaires, des habitants d'icelle vendent et distribuent aux étrangers et à leurs voisins de leurs denrées par grandes sommes et deniers, et ce par le moyen des grandes foires et marchés qu'ils ont en en grand nombre ».

Il y a peu à reprendre à la description de Nicolas de Nicolay de l'actuel département de l'Allier, dont les frontières correspondent presque exactement à celles de l'ancienne sirie des Bourbons, groupe encore 730.000 hectares des 789.000 évalués au 16^e siècle. Sa population de 373.431 habitants au dernier recensement ne marque qu'une piètre augmentation sur les 324.232 âmes dénombrées en 1696. Malgré l'apparition d'une certaine industrialisation, elle reste essentiellement rurale : 304 communes rurales sur 321 avec un total de 207.447 habitants. La densité est faible ; 51 habitants au km².

Si ce peuple de métayers et de fermiers vit surtout d'élevage et de culture, il faut faire place à part aux vigneron, qui exploitent les quelques 8.000 hectares du vignoble bourbonnais, cantonné sur les coteaux orientés à l'Est des vallées de la Sioule, du Cher et de l'Allier, et consomment sur place la majeure partie de leur production.

La population industrielle comprend une douzaine de milliers d'ouvriers du centre Montluçon-Commentry, les quelques 1.800 mineurs du charbonnage et, enfin, en dehors de quelques petites industries éparses, tout un contingent de saisonniers qui gravitent autour du grand centre thermal de Vichy.

Notons enfin qu'outre la production habituelle des bouilleurs de cru, l'habitant de l'Allier dispose, pour son ravitaillement en boissons alcoolisées, de 3.065 débits de boissons à consommer sur place (dont 2.376 appartenant à la 4^e catégorie, 311 à la 3^e et 378 à la 2^e), soit une densité de 1 débit pour 121 habitants, chiffre notablement inférieur à la densité moyenne en France (1 pour 80 habitants selon Dérobert et Duchêne).

B. — MOYEN D'ÉTUDES : LE SERVICE DE CURE LIBRE

Jusqu'au mois de mars 1946, le Bourbonnais atteint de troubles rattachables à une imprégnation éthylique, ne trouvait de secours qu'auprès des praticiens exerçant en ville ou dans des services d'Hôpitaux généraux. Ce n'était qu'en cas de troubles graves du comportement social ou familial qu'intervenait une mesure d'internement en application des dispositions de la loi du 30 juin 1838. Dans le premier cas, les difficultés d'une thérapeutique à domicile, ou dispensée dans un cadre non spécialisé, permettaient trop souvent de vérifier le bien-fondé du fameux « qui a bu, boira ». En cas de placement en service fermé à l'Hôpital

Psychiatrique, le préjugé asilaire jouait au maximum, entraînant des retards dans la mise en train de soins indispensables, des défections même, en raison des réticences du malade, de sa famille et parfois également du médecin traitant.

Un certain nombre de ces difficultés devaient trouver une solution de facilité avec la création d'un Service de Cure Libre annexé à l'Hôpital Psychiatrique.

D'une capacité de 45 lits (25 pour les femmes, 20 pour les hommes), ce service permettait, dès avril 1946 « l'hospitalisation en cure libre d'une grande variété de petits malades mentaux dont l'état ne relève pas de la loi du 30 juin 1838 sur l'Assistance aux Aliénés. Il facilite en outre la mise en observation des malades aigus dont l'avenir mental est incertain, permettant ainsi d'éviter l'internement à nombre d'entre eux... Situé dans une partie de la propriété absolument indépendante et très éloignée des quartiers d'aliénés, il est desservi par une entrée spéciale... Les conditions d'entrée et de sortie sont les mêmes que celles d'un hôpital ordinaire. Un certificat sur papier libre par le médecin traitant décrivant l'état du malade et concluant à la nécessité de l'hospitalisation, doit être fourni à l'entrée... En principe, les malades doivent consentir à leur hospitalisation et au traitement qui leur est prescrit. Ils peuvent sortir sur leur demande. Toutefois, à titre exceptionnel, le Médecin-Chef peut proposer l'internement d'un malade, lorsque l'état mental de celui-ci devient « manifestement dangereux pour lui-même et la sécurité publique ».

La publicité donnée à ce texte fit connaître le service qui, rapidement, permit le traitement de près de 200 malades par an. Mais, alors que du côté féminin, les malades se recrutaient surtout parmi les psychasthènes, hypocondriaques, déprimés, mélancoliques, caractérielles, voire quelques schizophrènes, du côté masculin, un contingent sans cesse croissant d'alcooliques était hospitalisé pour « désintoxication ».

Les chiffres ci-dessous traduisent cette évolution :

HOMMES		FEMMES	
TOTAL	Ethyl	TOTAL	Ethyl
1946 : 33	2	57	—
1947 : 35	3	88	—
1948 : 68	14	83	—
1949 : 72	17	102	—
1950 : 78	26	99	—
1951 : 63	29	123	1
1952 : 75	37	111	2
1953 : 84	53	124	3

Ce tableau met en évidence un certain nombre de notions généralement admises :

— La croissance du nombre des alcooliques hospitalisés, rappelée

dans les récents articles de X. Abely (in A.M.P. 1952) sur l'augmentation du pourcentage des admissions pour alcoolisme dans la Seine : 15 % en 1937, 1,9 % en 1943, 19,3 % en 1951. En ce qui concerne les admissions-hommes en Service de Cure Libre dans l'Allier, l'accroissement est encore plus rapide avec les pourcentages suivants : 6 % en 1946, 8 % en 1947, 20 % en 1948, 23 % en 1949, 33 % en 1950, 47 % en 1951, 50 % en 1952, 63 % en 1953. Il nous paraît d'ailleurs utile de souligner ici que cette considérable progression du nombre des hospitalisations pour alcoolisme ne correspond pas uniquement à un développement proportionnel de l'éthylisme en Bourbonnais. Un second facteur intervient certainement : la réputation de service de désintoxication qu'a rapidement acquise, parmi les praticiens et dans le public, le Service de Cure Libre — Section Hommes.

— Ces données numériques qui exagèrent la disproportion habituellement admise entre alcoolisme masculin et alcoolisme féminin ne traduisent que des habitudes locales sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

C. — LES MALADES

En effet, le matériel humain qui a servi à cette étude est constitué par les 100 derniers cas d'alcoolisme traités au Service de Cure Libre. La moitié de ce contingent ayant été fournie par l'année 1953, il ne nous a pas été nécessaire de remonter beaucoup dans le temps pour recueillir le nombre d'observations suffisant, les plus anciennes datant des derniers mois de 1951, soit de 2 ans au plus.

Les critères de notre choix des « alcooliques » ont été très stricts. Nous nous sommes en effet efforcé de ne retenir que des cas d'alcoolisme aussi purs que possible. La matière ne faisant point défaut, nous avons éliminé les malades qui, dans les statistiques fournies régulièrement au Ministère de la Santé Publique et de la Population, interviennent sous la rubrique « psychose avec appoint alcoolique ». C'est ainsi, à titre d'exemple, qu'un jeune schizophrène qui avait libéré son impulsivité en s'exhibant devant sa mère après absorption de quelque vin blanc n'a pas été retenu, contrairement à l'opinion des membres de la famille et du médecin, qui invoquaient la seule origine toxique de cette incestueuse agressivité. De même ont été éliminés des manies « arrosées », des paroxysmes agressifs chez des délirants chroniques, des mélancolies séniles ou pré-séniles chez des sujets dont le passé d'imbibition ne suffisait à expliquer l'apparition d'un syndrome qui se manifeste si souvent en dehors de toute intoxication.

Dans de telles conditions, nos malades comprennent donc 95 hommes et 5 femmes seulement. Cette disproportion entre les sexes, nous le répétons, tout en mettant en valeur la trop réelle fréquence de l'alcoolisme masculin, nous paraît minimiser le pourcentage d'alcoolisme féminin.

En effet, d'une part la réputation de « Service de poivrots », ainsi que le qualifient, péjorativement et vulgairement, certains de nos malades masculins, non alcooliques, attire électivement les éthyliques hommes ; d'autre part, le service ouvert femmes nous paraît en recevoir assez peu en fonction du préjugé défavorable qui règne généralement contre l'intempérance de la femme. L'ivrognesse est rarement, comme l'homme, l'objet des commentaires souvent amusés, parfois indulgents, qui accompagnent les excentricités titubantes de l'ivrogne. Sans doute, ainsi que nous l'avions constaté nous-même et comme viennent de le signaler P. Berner et W. Solms cette année même à Vienne, parce que la femme, en France autant qu'en Autriche, est rarement une « buveuse normale », la psychose ou la névrose qui sous-tend son éthylysme, s'ajoutant à la répulsion qu'elle inspire, fait d'emblée prendre contre elle une mesure d'internement.

Pour l'homme, et la psychologie sociale y est faite, il n'est point besoin d'invoquer la folie et de déclencher les formalités de la loi de 1838. Il boit « comme un homme » nous disent leurs femmes, ou bien « comme tous les gars de son métier » et, si les réactions du malade n'ont pas de répercussions socio-familiales trop graves, la notion de manifestations anormales, pathologiques, donc encore moins d'aliénation, ne saurait venir à l'esprit.

C'est donc, en dehors de nos 5 cas féminins, sur 95 cas d'alcoolisme masculin, observés pendant ces deux dernières années, que va porter l'essentiel de notre étude.

Comme nous le verrons plus loin, il s'agit presque toujours de Bouronnais qui appartiennent à la classe moyenne de la population. Quelques rares chômeurs professionnels, un ou deux retraités mis à part, ce sont des travailleurs dans la période active de leur vie sociale. Les intellectuels purs sont l'exception, peut-être pourrions-nous y classer un médecin et un comptable. Tous les autres sont ouvriers, plus ou moins spécialisés, manœuvres ou cultivateurs. Ce sont presque toujours des autochtones, modelés par la région et, malgré des activités et un habitat souvent urbains, encore marqués par le terroir abandonné depuis peu. Contrairement à l'opinion de Nicolas de Nicolay que nous rapportions plus haut, ce sont, malgré une certaine bradykinésie, bradylalie et peut-être bradypsychie, pour la plupart d'obstinés travailleurs, calmes, placides et persévérants. Peu extravertis, mais normalement sociables, ils conservent entre eux de suffisants rapports humains, sans exubérance, mais sans tendances au repli ni aux manifestations dépressives.

Parmi eux, et malgré leur apparente bonne adaptation, on compte 9 anciens « assistés », venus de l'Assistance Publique de la Seine, qui tranchent parfois par un certain brillant, un reste de gouaille parisienne qui surprend, mais masque souvent un déséquilibre plus ou moins marqué. Les étrangers se distinguent également, mais nous n'avons dénombré qu'un espagnol, un italien et deux polonais parmi nos malades.

II. DONNEES STATISTIQUES

Les 100 derniers cas d'alcoolisme traités au Service de Cure Libre que nous avons retenus comme objet de ce travail ont été analysés dans une perspective surtout étiologique. Le point de vue thérapeutique, sujet de la plupart des publications récentes consacrées à l'alcoolisme depuis l'apparition des méthodes chimiques de conditionnement, a été volontairement négligé ici, en raison de l'absence de recul qui nous ferait donner des chiffres de guérison dont l'optimisme risquerait fort d'être infirmé par le temps.

Nous nous sommes efforcé de situer nos malades en fonction d'un certain nombre de critères que nous allons analyser maintenant d'une manière un peu schématique, dont nous nous excusons.

A. — CIRCONSTANCES D'HOSPITALISATION

Il nous a paru intéressant de rechercher dans quelles conditions ces malades nous ont été adressés. Théoriquement, le malade de Cure Libre devrait venir de lui-même réclamer les soins dont il éprouve le besoin. En fait, notre expérience nous a montré que le degré de collaboration ou de non-collaboration initial permettait de classer nos sujets en hospitalisés :

volontaires	36 %
semi-volontaires	32 %
forcés	32 %

Les premiers comprennent des malades ayant spontanément pris conscience de la gravité de leurs troubles et qui viennent d'eux-mêmes réclamer l'aide qu'ils savent indispensable à leur effort de libération vis-à-vis du toxique.

Dans le second groupe, nous classons des malades que des circonstances extérieures mettent dans la quasi-obligation de la décision. L'ultimatum d'un milieu familial excédé et les menaces d'un employeur se partagent à peu près également le primum movens de l'hospitalisation.

Les derniers malades constituent une catégorie sans doute moins homogène : les uns, hospitalisés en pleine période aiguë suspendant

leur libre arbitre, les autres sous l'effet d'une contrainte implacable, dont le plus bel exemple que nous ayons observé est celui d'une imminence d'intervention judiciaire.

B. — CARACTÉRISTIQUES BIO-SOCIO-PSYCHOLOGIQUES DU MALADE

1°) *Le sexe :*

Nous avons dit, dans le chapitre précédent, certaines des raisons particulières, purement locales, qui expliquaient la considérable disproportion des cas d'alcoolisme selon le sexe des malades : 95 hommes pour 5 femmes seulement. Nous n'y reviendrons pas ici.

2°) *L'âge :*

A ce point de vue, nous classons nos malades en jeunes de moins de 30 ans, en adultes (au sens latin du terme) de 30 à 50 ans, et en âgés de plus de 50 ans. Nos chiffres donnent les pourcentages suivants :

moins de trente ans	14 %
de trente à cinquante ans	58 %
plus de cinquante ans	28 %

Ils montrent la nécessité d'une période d'alcoolisation préalable qui paraît pouvoir être estimée en moyenne à une quinzaine d'années.

3°) *La situation familiale :*

Elle nous a retenu plus longuement. Nous avons dénombré ainsi :

célibataires	16 %
mariés	50 %
veufs	10 %
divorcés	16 %
concubinage	8 %

Malgré l'important pourcentage des mariés, ces chiffres marquent, en fait, une proportion inférieure des alcooliques de ce groupe, compte tenu de la démographie du Bourbonnais, région restée profondément rurale, où le mariage précoce entraîne peu de divorces et où la persistance des croyances religieuses, au moins chez la femme, est peu favorable aux situations irrégulières.

4°) *L'habitat :*

Alors que la population rurale de l'Allier est en majorité, avec un pourcentage de 56 %, nous avons trouvé, parmi nos malades :

ruraux	32 %
urbains	68 %

Ces chiffres concordent avec la prévalence classiquement admise de l'alcoolisme urbain sur l'alcoolisme rural. Basés sur l'habitat, ils ne correspondent cependant pas à l'impression générale donnée par nos malades, qui restent, par leur comportement et leur genre de vie, encore très attachés à une terre qu'ils sont souvent les premiers, dans la lignée familiale, à avoir abandonnée pour la ville.

5°) *La profession :*

Nous avons, assez artificiellement peut-être, distingué :

a) les travaux pénibles pour lesquels certaines conditions techniques, entraînant soit une dépense musculaire importante avec sudation, soit un dessèchement ou un surchauffement de l'atmosphère, excusent une polydipsie « revigorante » à l'origine d'un authentique alcoolisme professionnel. Nous y avons classé, en particulier : chauffeurs de chaufferies, verriers, cuiseurs de caoutchouc, mineurs, etc...

b) les métiers qui entraînent traditionnellement une imprégnation éthylique sans que les conditions biologiques du travail ne soient réellement « assoiffantes » ou asthéniantes. Tel est le cas de certains : maçons, manœuvres du bâtiment, livreurs, facteurs, routiers, cuisiniers, débitants et garçons de café, vigneron.

c) toutes les autres professions enfin, dans lesquelles le facteur professionnel passe manifestement à l'extrême arrière-plan étiologique de l'alcoolisme : cultivateurs, manœuvres et ouvriers spécialisés de l'industrie, manœuvres agricoles, comptables, policiers, agents d'administration, médecin même, n'ayant pas, dans l'exercice de leur métier, un prétexte quelconque à s'intoxiquer :

travaux pénibles	12 %
métiers d'alcoolisme traditionnel	32 %
autres professions	56 %

6°) *Le passé et les antécédents du malade :*

a) Les antécédents héréditaires ont été envisagés sur deux plans :

— l'hérédo-alcoolisme qui a été si souvent invoqué, se retrouve chez 42 % de nos malades, surtout sous forme d'alcoolisme paternel. Dans un seul cas, nous avons noté l'intempérance maternelle, dans trois cas, une double intoxication parentale.

— les antécédents non spécifiques dans lesquels nous avons recherché surtout une hérédité vésanique, ou, au moins, des signes de déséquilibre patent dans l'ascendance, ont été trouvés dans 20 % des cas. Notons ici que, dans la moitié de ces cas, c'est-à-dire chez 10 % de nos malades, ces antécédents psychopathiques paraissaient eux-mêmes dus à l'alcoolisme ou, tout au moins, coïncidaient avec celui-ci.

b) les conditions du développement, importantes à connaître en raison de leurs répercussions sur la formation de la personnalité, n'ont pu

être envisagées que d'une manière sommaire par suite des difficultés matérielles des enquêtes nécessaires à leur appréciation exacte. Nous avons donc borné nos recherches aux deux points suivants :

— l'importance de la fraterie, généralement admise comme facteur favorisant de l'alcoolisme. Bien que nous ayons assez arbitrairement fixé comme critère de famille nombreuse la fraterie de 4, nous ne trouvons que :

malades appartenant à une famille nombreuse.	32 %
malades appartenant à une famille normale ..	68 %

— les carences éducatives, d'appréciation plus délicate, nous ont cependant retenu. Outre les cas que nous avons pu déceler par un contact personnel avec la famille, nous avons fait entrer les ex-pupilles de l'Assistance Publique, certains hérédo-alcooliques, plusieurs orphelins élevés par la mère seule ou par une marâtre, totalisant ainsi : 58 % d'éthyliques chez lesquels ce facteur peut être évoqué.

c) les antécédents personnels ont été envisagés sur le plan général, en dehors des recherches portant sur la personnalité psychopathique ou non de nos malades qui font l'objet de la rubrique suivante. Nos investigations se sont limitées à un certain nombre de facteurs pathologiques, souvent signalés dans les antécédents des alcooliques :

— le traumatisme crânien figure dans 6 % de nos cas sous la forme d'authentiques fractures du crâne n'entraînant qu'une fois des manifestations épileptiques, mais toujours un syndrome subjectif commun ;

— les atteintes encéphalitiques n'ont été retrouvées que dans 2 % des cas ;

— l'épilepsie, nettement antérieure aux excès, à grandes manifestations convulsives et en dehors des comitialités tardives d'origine vraisemblablement toxique, n'intervient que dans 2 % des cas ;

— la syphilis a été mise en évidence par les examens sérologiques systématiques ou par les données de l'anamnèse (avec négativité actuelle du B.W.) au taux de 8 % ;

— la tuberculose pulmonaire coexistait dans 6 % des observations. Il s'agissait de formes fibreuses, découvertes à l'examen de dépistage du phthisiologue attaché à l'établissement. Ces lésions, généralement bien tolérées, étaient postérieures aux habitudes d'intempérance. Dans un seul cas, une forme cavitairé avec ses classiques répercussions sur le psychisme paraissait avoir, sinon déclenché, du moins affirmé l'éthylisme ;

— quant au paludisme, sur l'importance duquel on a insisté, nous ne l'avons trouvé que dans 4 % de nos cas masculins. Encore ne s'agissait-il que d'anciennes infestations palustres bien banales remontant au Service Militaire effectué en Afrique du Nord, dont une fois dans la Légion Etrangère et une autre fois dans les bataillons disciplinaires.

7° *La personnalité du malade :*

La personnalité, envisagée soit comme la synthèse de tous les éléments qui concourent à la conformation mentale d'un individu, soit sous l'angle de la continuité de la structure psychique qui permet la cohésion du « moi » et sa résistance aux influences du monde extérieur, nous paraît mériter une étude approfondie chez des sujets qui, tous, ont fait la preuve de leur défaillance devant l'attrait d'un toxique, lui-même facteur dégradant de cette personnalité.

Nous nous sommes donc efforcés d'éliminer les modifications apportées par l'imprégnation elle-même. Après la phase de désintoxication et pendant la longue période d'observation qui permet la mise en jeu des méthodes de conditionnement, outre l'utilisation de tests de niveau mental et de personnalité, nous avons tenté de reconstituer, par l'anamnèse et les enquêtes en milieu familial, les caractéristiques de la personnalité primitive du malade.

a) Le niveau mental qui nous a retenus en premier lieu a révélé dans 40 % des cas un déficit intellectuel, allant de la débilité mentale légère — la plus fréquente — à la débilité profonde — aux confins de l'imbécillité chez un seul de nos alcooliques.

b) Les caractéristiques psychologiques :

Sans nous montrer constitutionnalistes et attacher à notre classification ni une valeur explicative, ni lui reconnaître un déterminisme rigide, il nous a paru utile de retenir un certain nombre de caractéristiques généralement admises qui permettent de sérier nos malades en sept groupes que nous allons tenter de définir de façon assez schématique :

— Les syntones, pris dans le sens bleulérien de bonne insertion dans le réel et de fusion du sujet avec l'ambiance sans aucune manifestation pathologique de la série maniaque-dépressive.

— Les cyclothymes, selon la définition de Kretshmer, sub-pathologiques, caractérisés par de fréquentes et importantes variations de l'humeur et du tonus, oscillant sans cesse entre l'euphorie et la dépression, l'hyperactivité et le repli.

Ces deux groupes, voisins, d'extra-vertis comptent une majorité de pycniques.

— Les schizothymes, considérés dans la perspective de Claude et Minkowski, définis par leur intro-version, leur mauvaise insertion dans le réel, leurs tendances autistiques, la dysharmonie d'une affectivité variant sans cesse de l'hyperesthésie à l'insensibilité.

Les psychasthènes qui se situent dans le cadre de la constitution émotive primitivement isolée par Dupré et que nous considérons en dehors de la névrose décrite par Janet parce qu'ils n'en présentent que les pré-symptômes. Ils se caractérisent par leur propension à

l'anxiété avec aboulie, irrésolution, doute, préoccupations hypochondriaques et tendances dépressives.

— Les épileptoïdes, selon les critères de F. Minkowska, glischroïdes, ralentis, présentant une viscosité mentale avec persévération dont ils se libèrent par l'explosion d'impulsions violentes.

— Les paranoïaques, définis d'abord par Dupré, puis par Delmas et Boll, avec la surestimation pathologique de leur « moi », leur susceptibilité et leur méfiance, la fausseté de leur jugement aggravée de leur « amour malheureux de la logique » (Montassut), leur inadaptabilité sociale et familiale.

— Les pervers, constitutionnels ou acquis, amoraux, inaffectifs et asociables, souvent impulsifs.

Nous avons ainsi dénombré :

syntones	37 %
cyclothymes	21 %
schizothymes	7 %
psychasthènes	13 %
épileptoïdes	9 %
paranoïaques	7 %
pervers	6 %

c) Personnalités névrotiques et états de déséquilibre :

Au risque de répétitions, nous avons repris l'étude de nos 100 cas, donc nous venons de préciser la répartition dans les différentes constitutions, en fonction de modifications psycho-pathologiques.

Adoptant un ordre d'altérations croissantes de la personnalité, nous étudierons tout d'abord les déséquilibres instinctivo-affectifs, puis les états névrotiques parmi lesquels nous nous sommes essentiellement attachés à mettre en évidence les états d'arriération affective dont toutes les études psychologiques ont souligné l'importance étiologique dans l'alcoolisme.

Compte tenu des difficultés qu'il y a à assigner au déséquilibre psychique une place et des limites précises en ce qu'il touche de fort près le problème des constitutions et celui de la dégénérescence, nous faisons certaines réserves sur la précision des chiffres que nous apportons. Nos critères essentiels ont été fournis par le passé du malade dont la vie chaotique, instable, fertile en incidents de toute sorte, a souvent traduit une organisation psychique imparfaite et particulièrement vulnérable.

En ce qui concerne les états névrotiques, nous en avons recherché l'élément considéré comme essentiel par les analystes ; l'arriération affective avec l'immaturation des instincts, des sentiments et des émotions entraînant soit un attachement anormal au passé infantile qui rend ces sujets difficilement adaptables aux nécessités de la vie d'adulte.

soit des sentiments d'infériorité et d'insatisfaction provoquant des mécanismes de compensation :

états de déséquilibre	24 %
arriération affective	18 %

d) Les états psychopathiques :

Ainsi que nous l'avons déjà signalé, les critères de notre choix des alcooliques ont été aussi stricts que possible. Cependant, si nous avons éliminé les psychoses avec appoint éthylique, nous n'avons pas cru devoir passer sous silence les cas — assez peu nombreux d'ailleurs — où coexistaient une psychose authentique et une intoxication ancienne avec signes nets d'imprégnation. De ce cadre, assez artificiel, sont exclues les psychoses alcooliques caractérisées que nous envisagerons lors de notre étude des formes cliniques. N'y entrent donc que les états assez complexes qui posent le délicat problème des relations de la maladie mentale et de l'alcoolisme. L'ancienneté des troubles et les difficultés matérielles d'enquête — milieux familiaux inexistantes ou incompréhensifs — ne nous ont pas permis de reconstituer l'ordre chronologique d'apparition des deux séries de faits.

Nous avons relevé cette association chez 6 % seulement de nos malades :

— 1 cas de manie périodique chez une femme, ivrognesse de très longue date, qui présentait, sur un fond d'intoxication chronique profonde, des accès d'excitation psycho-motrice.

— 3 cas de psychose hallucinatoire chronique à structure paranoïde, dont un chez un mineur polonais.

— 2 cas de psychose obsessionnelle, dont un chez un Polonais de 30 ans, cuisinier aux goûts éclectiques en matière de boissons alcoolisées.

8° *Les facteurs conflictuels :*

Ils ont été envisagés d'une manière très large. Ecartant les conflits latents que nous avons souvent pressentis, mais que seules les méthodes d'inspiration analytique auraient permis d'apprécier et d'évaluer exactement, nous n'avons tenu compte que des conflits patents.

Ceux-ci n'ont pas toujours la même valeur psychogénétique. Parfois, affleurant à peine le plan de la conscience claire, ils sont ressentis comme un mal-être que le malade ne peut rattacher à une cause précise et qu'il appréhende seulement par comparaison avec un état antérieur. Sous cette forme, nous les avons souvent notés chez d'anciens prisonniers de guerre qui, légitimement, affirmaient n'avoir commencé à boire qu'au retour de la captivité. D'autres fois, le sujet, ainsi que l'a signalé Deshaies, prend conscience d'une difficulté réelle telle que veuvage, soucis familiaux ou professionnels, mais s'illusionne souvent, de plus ou moins bonne foi, sur cette motivation de sa toxicomanie :

conflits patents	28 %
------------------------	------

C. — L'AGENT TOXIQUE

Les persistantes querelles sur la nocivité ou l'innocuité du vin et la recrudescence d'une publicité pro-alcoolique, spécialement en matière d'apéritifs, nous ont conduit à étudier de près le problème, d'ailleurs facile, de la fréquence des diverses boissons alcoolisées à l'origine de l'intoxication de nos malades.

Nous basant sur leurs propres aveux et sur les renseignements fournis par leurs familles, nous avons pu distinguer parmi eux deux groupes caractérisés de « buveurs spécialisés » d'une part et de « buveurs éclectiques » d'autre part. Dans le premier, une majorité importante réserve ses préférences au vin rouge ordinaire. Dans le second, les associations toxiques, souvent à base d'œnolisme, comportent fréquemment la combinaison apéritifs-alcools distillés.

buveurs spécialisés	77 %
au vin rouge seul	70 %
au vin blanc seul	6 %
aux apéritifs seuls	1 %

Chez les buveurs éclectiques — 23 % — la consommation des différents toxiques, en associations variables, se répartit de la façon suivante :

alcools distillés	20 %
apéritifs	22 %
vin blanc	14 %
bière	4 %

En récapitulant, les divers agents toxiques, compte tenu de leurs combinaisons, se retrouvent chez nos 100 malades dans les proportions ci-après :

vin rouge	84 %
vin blanc	20 %
apéritifs	23 %
alcools distillés	20 %
bière	4 %

En ce qui concerne cet important pourcentage de buveurs de vin rouge, les quantités journellement absorbées s'établissaient de la manière suivante :

plus de 10 litres	2 %
de 5 à 10 litres	8 %
de 3 à 5 litres	48 %
moins de 3 litres	26 %

D. — LES FORMES CLINIQUES

En reprenant la classification préconisée par Deshaies en alcoolophiles, alcoolomanes et alcooliques, nous avons obtenu une première approximation du degré d'imprégnation présenté par nos malades.

Sans attribuer à ces cadres une valeur trop stricte et sans perdre de vue l'existence des formes de passage, nous pouvons admettre que, si le simple alcoolophile n'est pas venu à nous, alcoolomanes et alcooliques constituaient notre contingent d'intoxiqués.

L'alcoolomanie, prise au sens large du terme, comprend tous les cas de malades qui, venus à la boisson soit du fait d'un appétence morbide constitutionnelle, soit accidentellement, présentent secondairement un état psycho-organique d'accoutumance et de besoin caractéristique de toute toxicomanie. L'alcoolique, à un stade plus avancé, majore cet état de fond des signes patents de son intoxication avec atteinte à prédominance variable, hépato-digestive, nerveuse ou mentale.

Les premiers, malgré le caractère latent de leur imprégnation, nous viennent à la suite d'interventions sociales ou familiales, ou même d'une décision spontanée à motivation d'ordre parfois simplement financier :

alcoolomanie ou alcoolisme latent ..	26 %
alcoolisme chronique (patent)	74 %

En dehors de cette distinction générale, nos malades présentaient à l'entrée des troubles caractérisés que nous avons dénombrés et classés de la manière suivante :

ivresses	26 %
accès subaigus	10 %
delirium tremens	6 %
délires alcooliques	2 %
épilepsie	6 %
états de détérioration mentale	18 %

Notons, pour être complets, que nous avons trouvé des troubles hépato-digestifs (hépato-mégalie, pituites matutinales, subictère, conjonctival et atteinte de la fonction uréopoiétique) dans 42 % des cas et dans 6 % seulement une authentique cirrhose avec ascite.

Enfin, signalons pour terminer la fréquence des troubles caractériels présentés par nos malades. Qu'il s'agisse de buveurs tolérants ou d'alcooliques chroniques confirmés, tous extériorisaient peu ou prou des réactions qui les opposaient au moins au milieu familial. Nous avons renoncé à en faire un dénombrement précis. En effet, si, après traitement, certains les reconnaissaient d'eux-mêmes, la partialité des renseignements que nous avons généralement obtenus dans ce domaine ne nous permettait guère d'en déduire des données statistiques valables.

Les conjoints de nos sujets toujours, les familles et belles-familles très souvent, les employeurs parfois, participent à un système d'inter-réactions qui faussent l'objectivité des renseignements fournis. Il devient ainsi presque impossible de faire la part exacte des troubles caractériels préexistants à l'imprégnation, de ceux directement sous sa dépendance et des réactions sous-tendues par les troubles de l'humeur ou de l'affectivité qui répondaient directement à celles du milieu.

La seule notion certaine que nous ayons retenue est l'extrême fréquence des troubles de l'humeur, des réactions de violence plus ou moins impulsive, cantonnées souvent d'ailleurs au seul plan verbal, qui opposent nos malades à leur milieu.

III. ETUDE COMPARATIVE

Tandis que les divers travaux auxquels nous nous sommes référés émanent de psychiatres qui ont considéré le problème de l'alcoolisme au travers de malades internés, notre étude porte uniquement sur des sujets hospitalisés en Service de Cure Libre. Ce recrutement différent entraîne évidemment des tableaux cliniques moins chargés, avec comme corollaire des résultats thérapeutiques peut-être moins décevants. Mais, au point de vue étiologique, il ne semble pas que notre statistique fournisse des chiffres tellement dissemblables de ceux que nous avons pu retrouver.

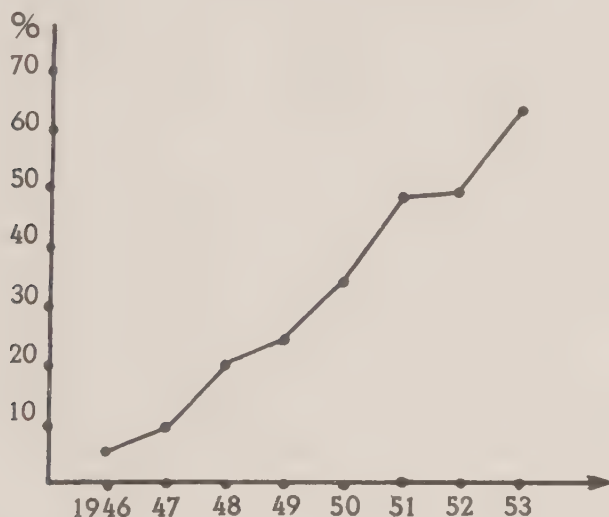
Ainsi que le fait supposer le caractère très restrictif de nos références bibliographiques, c'est d'ailleurs, en dehors de quelques ouvrages de base, aux articles, surtout français, les plus récents et traitant du problème dans la même perspective que nous nous sommes référés. Ces restrictions expliquent très certainement la relative concordance de nos chiffres.

Une première notion se dégage immédiatement : la considérable prépondérance de l'alcoolisme masculin sur l'alcoolisme féminin. Nous avons dit ailleurs les réserves qu'il y a lieu de faire sur cette proportion de 5 % en nous étendant sur les attitudes réactionnelles très différentes provoquées par l'intempérance dans les deux sexes. Nous avons également abordé la notion de la grande fréquence des origines psychopathiques de l'alcoolisme chez la femme. Ces données expliquent en partie cette disproportion considérable dans le cadre du Service de Cure Libre dont la partie masculine a rapidement acquis par ailleurs une réputation de spécialisation.

Ces réserves faites, d'ailleurs partiellement infirmées par l'énorme disproportion qui a également existé pour la même période dans les internements par éthylisme masculin et féminin dans les services régis par la loi de 1838 de l'Hôpital, nous ne trouvons que dans les statistiques de Ladame (Genève, 1901 à 1930) 13,3 % de femmes et de Miles (U.S.A., 1935) rapportées par Deshaies, une proportion dans une certaine mesure comparable à la nôtre avec 85 % d'hommes pour 15 % de femmes. Les chiffres de Deshaies lui-même, recueillis dans la statistique de Sainte-Anne, de 1934 à 1937, montraient déjà un plus fort

contingent féminin avec, sur un total de 2.601 alcooliques, 24 % de femmes et 76 % d'hommes.

En ce qui concerne l'augmentation générale de l'alcoolisme partout signalée, nous ne pouvons qu'apporter notre pierre à l'édifice et constater que, depuis l'ouverture du service, c'est-à-dire en somme depuis le retour à des conditions économiques sensiblement normales après les années de restrictions de l'occupation, la croissance des entrées pour alcoolisme (diagnostiquée aussi strictement que possible) prend une allure rapidement croissante, schématisée par une courbe de pente beaucoup plus rapide que celle signalée, en particulier par X. Abély, en 1952, pour les admissions dans les H.P. de la Seine.



Quant à l'âge de nos malades, les circonstances particulières de notre recrutement, qui avaient pu modifier les données numériques aux deux points de vue précédents, paraissent n'avoir pas joué, dans le problème qui nous occupe actuellement, du fait de l'universalité des modes d'action du toxique. Nos chiffres diffèrent assez peu de ceux donnés par Dublineau et Duchêne qui ont trouvé 6 % de sujets âgés de moins de 30 ans, 66 % de 30 à 50 ans et 28 % de plus de 50 ans. Seuls nos deux premiers groupes diffèrent légèrement puisque nous avons nous-même trouvé respectivement : 14, 58 et 28 %. L'augmentation du premier contingent et la diminution du second paraissent pouvoir s'expliquer par le mode de recrutement, souvent volontaire (36 %), qui permet à des sujets encore jeunes et non encore parvenus à un stade avancé de leur imprégnation de venir à nous précocement. Il y a lieu de remarquer que cet essai d'interprétation ne rend pas compte de la totalité du problème puisque ce contingent de jeunes, groupe également un certain nombre de sujets tarés dont les manifestations

d'intolérance ont été relativement précoces et sont apparues avant cette quinzaine d'années d'excès qui nous a semblé nécessaire, en moyenne, à la constitution d'une toxicomanie confirmée.

La situation familiale de nos malades se répartit de manière assez comparable à celles d'autres groupes d'alcooliques étudiés à ce point de vue. Comme Dublineau et Duchêne, nous comptons 9 % de veufs ; 2 ou 3 ans de veuvage, quelquefois moins, ont suffi à provoquer l'explosion de troubles, latents jusque-là, constitués par de longues années d'intoxication régulière, que des modifications brusques de vie et des excès nouveaux ont pu déclencher.

La faible proportion de sujets mariés — 50 % contre 66 % chez les Parisiens de Dublineau et Duchêne — est assez remarquable dans notre région rurale. Elle traduit très certainement la fréquence des immaturations affectives, des états de déséquilibre que nous nous sommes efforcés de dénombrer par ailleurs ainsi qu'un paupérisme qui, dans ce monde d'agriculteurs, entrave souvent « l'établissement » du manœuvre de la terre.

L'état social de nos malades, et plus particulièrement leur habitat, montre une prévalence des urbains sur les ruraux, prévalence sur laquelle insistent surtout les auteurs américains avec un pourcentage de 80 % pour Miles. En France, de nombreux travaux ont souligné l'importance de l'alcoolisme rural dans certaines régions, de l'Ouest surtout. En Bourbonnais, le tiers à peine des alcooliques de service ouvert vient directement de la campagne. La majorité urbaine, mais restée très « terrienne » d'allure, provient assez rarement du taudis, si souvent et si justement incriminé, et habite en général les villages ou les banlieues voisines de quelques centres urbains où elle trouve cependant la densité de débit suffisante à une intoxication régulièrement excessive. La situation économique de nos buveurs qui correspond habituellement à ce qu'il est convenu d'appeler moyenne et qui, en fait, situe le salaire du chef de famille autour de 25.000 francs par mois, explique partiellement la considérable proportion des amateurs de vin rouge ordinaire qui reste, avec les préjugés favorables dont on l'entoure, ainsi que le soulignaient Bessières et Deshaies, le toxique « à la portée de toutes les bourses et de tous les estomacs ».

L'incidence de la profession sur nos cas ne nous a paru jouer qu'un rôle assez secondaire et notre classification en métiers pénibles, métiers traditionnellement alcoolisants et autres professions, avec les chiffres de 12, 32, 56 %, marque une progression inversement proportionnelle à l'excuse professionnelle de l'habitude toxique. Nous sommes donc portés à considérer que le métier en soi, envisagé d'un point de vue bio-physique, ne joue que rarement un rôle indiscutable, opinion d'ailleurs voisine de celle de Dublineau qui retenait surtout dans sa statistique l'instabilité professionnelle, et de celle, assez réservée, de Deshaies.

Nous avons donc cherché ailleurs un dénominateur plus commun aux cas observés. L'hérédo-alcoolisme, apprécié de façon variable par

les divers auteurs — rappelons que si Mignot ne le retrouvait que dans 20 % des cas, Legrain, à l'autre extrême, en comptait 61 % — intervient chez nos malades 42 fois sur 100. Insistons ici sur la valeur de cette notion, recueillie chez les alcooliques de service ouvert n'ayant pas contre eux l'habituelle hérédité psychopathique des malades internés, objet des précédentes statistiques. Sans infirmer en rien la mise au point de Brousseau qui rejette le dogme de l'hérédo-alcoolisme pris au sens strict du mot, notre étude montre l'existence d'une transmission fréquente de tares, d'habitudes, de traditions, favorables à l'héritage de père en fils des mêmes tendances toxicophiles dans des familles le plus souvent normales par ailleurs, puisque nous n'y avons mis en évidence que 10 % de cas d'hérédité vésanique pure de tout appoint éthylique.

Quant aux antécédents personnels de nos malades, ils n'ont été que rarement dignes d'intérêt et conformes aux données que nous avons pu trouver dans la littérature française contemporaine. En effet, si nous avons pu déceler 6 % de traumatismes crâniens authentiques avec syndrome subjectif, justifiant dans une certaine mesure des formes de « compensation » et expliquant une plus grande fragilité vis-à-vis du toxique, nous sommes bien loin des 36 % de Dublineau ou même des 17 % de Mignot. Aussi nette est encore la différence de nos résultats avec ceux de ces auteurs (respectivement 16,6 % et 12 %) en matière de paludisme, affection sur laquelle on a beaucoup insisté et dont l'importance chez les 4 % de nos cas bourbonnais ne nous apparaît pas. Pour deux au moins de nos malades, le paludisme contracté en Afrique était manifestement un épisode bien accidentel et totalement guéri au point de vue clinique, de leur existence mouvementée de déséquilibré que leur inadaptabilité sociale avait mené, par le canal de la Légion Etrangère ou des Bataillons d'Afrique, à la colonie et donc au paludisme, moins sûrement qu'aux abus toxiques.

La syphilis, par contre, avec un pourcentage de 8 %, dont 2 cas sérologiquement positifs, sans atteindre les 20 % de Dublineau, constitue un appoint non négligeable dans les antécédents.

La personnalité de nos malades, compte tenu des facteurs que nous avons considérés comme caractéristiques, donne lieu à des observations qui nous paraissent assez difficilement comparables point par point aux travaux qu'il nous a été donné de connaître à ce sujet.

En ce qui concerne le niveau mental dont Deshaies signale le peu d'importance, nous ne l'avons trouvé, en nous montrant stricts et en retenant les débilés légers « aux confins de la normalité », que 40 fois inférieur à la normale. Cette proportion est en tout point comparable à celle retrouvée chez nos malades, non alcooliques, de service ouvert, et confirme que l'impulsion à boire et la réalisation de cette tendance sont pratiquement indépendantes des moyens intellectuels du sujet.

Le caractère de nos éthyliques, tel qu'il se schématise dans notre classification d'inspiration constitutionnaliste, montre une importante proportion de syntones qui, au nombre de 37 %, paraissent correspondre

aux 37 % de « calmes » dénombrés par Deshaies. Cette parfaite similitude se retrouve encore à propos des 20 % « renfermés » de cet auteur, qui font le pendant de nos 7 % de schizothymes et 13 % de psychasthènes. Pour les autres malades, si nous écartons les 21 cyclothymes qui, dans notre esprit, constituent un groupe intermédiaire de sujets bien insérés et extravertis, manifestant seulement une tendance exagérée aux variations du tonus et de l'humeur, ils nous semblent représenter le groupe instinctivo-moteur de Dublineau et comprennent 22 % de nos observations.

Les personnalités déséquilibrées, névropathiques ou franchement psychopathiques que nous avons dénombrées, ont montré une co-existence, un parallélisme entre les habitudes toxiques et la maladie mentale chez 6 % de nos malades. Par contre, 18 % d'entre eux avaient constitué, le plus souvent d'ailleurs sur un terrain artériopathique, des détériorations mentales plus ou moins importantes ; dans un de nos cas même, une très tardive hospitalisation, après plus de trente ans d'excès, aboutit à un rapide décès en plein marasme démentiel.

Toutes ces notions sont d'ailleurs difficilement comparables aux travaux que nous avons eu en mains, mais permettent d'apprécier l'importante proportion des malades correspondant aux « buveurs de ville » de Deshaies et la minorité de « buveurs d'asile » au sens de Dublineau.

Enfin, comme tant d'autres, mais non tous, puisque l'unanimité ne paraît pas encore faite dans le monde médical à ce sujet, nous rappelons l'extrême fréquence des intoxications au vin rouge ordinaire : 84 de nos malades en usaient, dont 70 exclusivement, et parmi ces derniers, 3 de nos 5 femmes ! Nos constatations rejoignent, dans ce domaine, celles de nombreux auteurs, en particulier Heuyer, Dublineau, Duchêne, qui ont mis l'accent sur l'existence d'un œnolisme grave dans la région parisienne. Nos chiffres dépassent même sensiblement ceux de Dublineau, qui comptait moins de 20 % de « buveurs isolés de vin rouge ». En ce qui concerne les quantités avouées, cet écart se retrouve également : dans la statistique de Dublineau, 5 sujets sur 36, soit moins de 15 %, reconnaissaient boire plus de 3 litres quotidiens, alors que près de la moitié de nos malades (48 % exactement) avouait sans difficulté une consommation de 3 à 5 litres de « rouge ». A titre purement anecdotique, notons que notre plus grand consommateur (10 litres par jour) prétendait avoir bu jusqu'à 16 litres (?) alors qu'il exerçait son premier métier d'ouvrier-verrier.

IV. ESSAI D'INTERPRETATION

(classification étiologique)

Les chiffres et comparaisons précédents paraissent pouvoir donner lieu à une tentative de classification des origines de nos 100 cas d'alcoolisme traités en service ouvert au cours des deux dernières années.

La considérable disproportion des cas nous oblige d'ailleurs à faire une distinction fondamentale entre les sexes, dont les manières de parvenir au toxique nous semblent assez différentes.

Dans la partie statistique de notre travail, nous avons retenu un certain nombre de facteurs d'importance plus ou moins nette. En ce qui concerne le seul point de vue étiologique, notre étude a porté sur l'analyse détaillée des fréquences respectives d'une quarantaine d'éléments groupés sous 12 rubriques : âge, sexe, situation familiale, habitat, profession, antécédents héréditaires et personnels, niveau mental, constitution caractérielle, déséquilibre instinctivo-affectif, états névropathiques, facteurs conflictuels et états psychopathiques. L'intrication de ces divers facteurs sociaux et familiaux, personnels (héréditaires ou acquis) constitue, pour chaque malade, une mosaïque diversement agencée dans laquelle nous avons pu mettre en évidence un certain nombre des conduites alcooliques distinguées par Deshaies.

Avec cet auteur, nous retiendrons au premier chef, véritable dénominateur commun à tous nos malades, l'hédonisme, cet « ensemble des pulsions instinctives qui poussent à la recherche du plaisir dans son acception la plus large ». Tous nos Bourbonnais, hommes ou femmes, urbains ou ruraux, y satisfont par absorption de boissons alcoolisées à leur portée, essentiellement le vin, « boisson nationale », « hygiénique », « source de force et de courage », « produit naturel », répandu à profusion, relativement peu onéreux et accessible à tous.

En second lieu, les facteurs d'imitation ou de « contrainte sociale » tiennent un grand rôle. C'est dans le cadre social de la profession et dans l'enceinte de la famille elle-même, pour l'hérédo-alcoolique, que cette intervention paraît prépondérante. Nos maçons, plâtriers-peintres, facteurs, employés de la S.N.C.F., cafetiers, cèdent à leur soif de boissons non uniquement désaltérantes, parce qu'il est traditionnel dans leur

cadre habituel, de sacrifier à Dionysos. Le jeu de cette conduite d'imitation nous est apparu facilité par le « manque de caractère », ou, plus généralement, par cette plasticité assez commune qui favorise là une adaptation sociale nocive pour le sujet.

Les conflits viennent, nous l'avons vu, chez nombre de malades, déterminer également une conduite toxicomaniaque qui devient un refuge par compensation ou dérivation des problèmes. Quelquefois primitifs, mais souvent secondaires ou tout au moins entretenus par un système d'interactions en milieu conjugal, ils ne manquent dans aucune de nos observations féminines.

L'état morbide, avec ses degrés croissants allant des constitutions névropathiques ou psychopathiques aux états pathologiques confirmés, beaucoup moins fréquent de façon générale, intervient chez quelques-uns de nos hommes et chez la majorité de nos femmes, seul ou combiné aux autres facteurs précédents, pour déterminer les cas complexes d'alcoolisme. A l'opposé, les cas simples qui dominent dans notre statistique ont une motivation plus univoque.

Ces généralités justifient une classification de nos 100 cas d'alcoolisme, classification basée sur leurs conditions étiologiques. Nous nous efforcerons de les catégoriser en fonction du facteur causal essentiel, sans méconnaître l'existence de motivations accessoires qui, dans les tableaux cliniques, ne nous ont paru jouer qu'un rôle très secondaire par rapport au premier. C'est ainsi que nous avons été amenés à distinguer :

- l'alcoolisme des psychopathes,
- l'alcoolisme des déséquilibrés et névrosés,
- l'alcoolisme en rapport avec une situation conflictuelle,
- l'alcoolisme par imitation ou contrainte sociale,

et enfin, dans un groupe d'« alcoolisme mixte », nous rangerons une importante proportion de cas dans lesquels l'intrication des causes est telle que nous n'avons pu mettre en évidence la prééminence nette d'une motivation particulière.

C'est ainsi que nous croyons pouvoir rapporter quelques observations choisies parmi les plus typiques et classées dans cette perspective.

A. — L'ALCOOLISME DES PSYCHOPATHES

Dans ce groupe, qui ne comprend que les 6 % de nos malades, en raison du mode de recrutement du service de Cure Libre d'une part et du choix très strict de nos critères qui nous a fait éliminer les cas où l'alcoolisme ne représentait qu'un appoint d'autre part, nous avons choisi parmi les deux observations suivantes :

Observation n° 1. — Ti. Joseph :

25 ans. Ex-pupille de l'A.P. de la Seine, élevé dans la région. A 14 ans, à la fin d'une scolarité régulière, mais non sanctionnée par le C.E.P., apprend

le métier de cuisinier qu'il exerce depuis cette époque dans différentes places.

Marié depuis 3 ans. 2 enfants de 2 ans et 6 mois, vivants. 2 jumeaux, nés prématurés, décédés à quelques jours. Depuis 2 ans, travaille dans un Centre d'enfants de la région et ne peut rentrer chez lui qu'en fin de semaine.

Excès alcooliques anciens et réguliers : 2 à 3 litres de vin, blanc et rouge, rhum et alcools variés.

Depuis plus d'un an, se montre déprimé, hypocondriaque et anxieux, sombre et replié, extériorisant quelques troubles de la série obsessionnelle, en particulier phobie des moyens de transport. Aurait toujours été un triste, « peu parlant ». Un frère, plus jeune, présenterait également des signes de la série anxieuse, ayant entraîné l'éviction de l'armée.

Dans le service, on note également des troubles du sommeil avec endormissement difficile du fait de l'anxiété vespérale et cauchemars terrifiants. Anorexie et amaigrissement notable. Tremblement digito-lingual important. Hyperréflexie tendineuse aux membres inférieurs. Urée sanguine à 0,28.

Observation n° 2. — B., née Marcelle M.

45 ans. Charcutière. Hérité psychopathique : mère et sœur au moins hypomanes, 2 cousines internées. Enfance normale, obtient son B.E. Epouse un charcutier éthylique et instable qui, à la suite de mauvaises affaires, vend sa boutique, en rachète une autre, vend à nouveau pour payer ses dettes et se retire à la campagne. 3 enfants livrés à eux-mêmes, dont l'un a été poursuivi pour dégradation d'objets d'utilité publique par le Tribunal pour enfants.

Hypomanie de fond. Originalité. Réactions de violence ou de démission. Mésestente conjugale. Alcoolisme « conjugal » ancien. Notion d'un épisode maniaque franc ayant nécessité l'internement pendant un an environ à l'âge de 39 ans.

Hospitalisée pour agitation en milieu familial, se montre à l'entrée, vultueuse, enluminée, assez calme. Exaltation dans ses doléances contre le mari qui boit et la bat. Apparition rapide d'un état maniaque typique avec excitation psycho-motrice, fuite des idées, logorrhée et graphorrhée, activité ludique.

Signes d'imprégnation assez discrets chez cette pycnique, hyperfolliculonique. Urée à 0,22.

Après guérison de l'accès maniaque, rapide rechute dans les habitudes éthyliques : vin rouge et apéritifs.

Pour ces deux malades, comme pour les 4 autres du même groupe, nous n'avons pu préciser une relation de causalité entre l'éthylisme et la psychose qui nous paraissent évoluer chacun pour leur propre compte, bien que dépendant tous deux d'un même état pathologique de fond.

Chez l'homme, les signes morbides, surtout de la série obsessionnelle, évoluant sur un fond de repli et d'autisme, ne pouvaient, à notre sens, entrer dans le cadre des psychoses alcooliques. Par contre, l'anxiété constante chez ce schizoïde avait pu motiver, autant que la profession et les éventuelles tares héréditaires, la recherche du toxique.

Pour Mme B., une constitution cycloïde paraît être à l'origine de deux ordres de manifestations indépendants entre eux : des accès maniaques d'une part et des excès éthyliques — peut-être favorisés par un conflit familial — d'autre part.

B. — L'ALCOOLISME DES DÉSÉQUILIBRÉS ET NÉVROSÉS

Nous ne rapporterons ici que trois observations de malades, dont le passé, riche en incidents, ou l'actuelle conduite d'échec signent le déséquilibre ou la névrose.

Observation n° 3. — P. Roger :

61 ans. Docteur en médecine. Antécédents héréditaires chargés, père médecin, décédé de cachexie morphinique, mère psychopathe. Enfance normale. Thèse de psychiatrie très tardive. Mariage précoce. Exerce pendant 15 ans une spécialité atypique : soigne les rhumatismes par injection d'un produit plus ou moins mystérieux. Remariage à 35 ans, après veuvage, avec une femme riche et âgée ; conflit au moins des intérêts. Depuis la guerre, instabilité professionnelle et déchéance sociale progressive : volontaire pour la relève en Allemagne, au retour diverses fonctions médico-administratives dont il est successivement licencié. Difficultés financières et mise en tutelle progressive par la fille et la femme qui en dit : « paresseux et faible, il dort et boit, boit et dort ».

En fait, excès anciens. Début des troubles en 1936. Œnolisme habituel : 3 à 4 litres de vin qu'il boit seul en rédigeant de longs factums à caractère revendicateur ou inventif. Pas de troubles du caractère ni de violences. Insomnie. Malgré une remarquable jeunesse d'aspect, gérontoxon et regard éteint. Tremblement digito-lingual. Affaiblissement intellectuel : troubles de la mémoire et du jugement.

Incompréhension totale du milieu familial qui se montre impatient de la sortie pour qu'il puisse reprendre « une bonne petite clientèle ». Était venu sous l'impérative pression d'un supérieur hiérarchique.

Observation n° 4. — R. Maurice :

29 ans. Instabilité professionnelle.

Fils et petit-fils d'alcooliques, né prématuré à 8 mois, aurait eu une enfance délicate avec convulsions à 4 ans, énurésie persistante et anorexie jusqu'à l'âge de 10 ans. Dès la 15^e année, troubles graves du comportement en milieu familial : mendicité, vol de vin, fugues. Scolarité régulière jusqu'à 17 ans, mais échec au B.E. A 20 ans, part au maquis, puis en 1944 s'engage et fait l'occupation en Allemagne. Passe ensuite par une école de gendarmerie dont il démissionne (?) au bout d'un an. Revient dans l'Allier où il travaille comme maréchal-ferrant avec son père, enfin « bricole » de ci, de là, avant d'entrer au Centre de formation professionnelle accélérée de Nevers pour apprendre le métier de maçon. Doit en partir au bout de deux mois pour venir se faire désintoxiquer.

La mère, qui s'est toujours montrée faible avec lui et qu'il terrorise par ses violences et ses menaces, le dépeint comme « paresseux, voleur et menteur » depuis son enfance, jaloux de sa sœur, et situe le début de ses excès éthyliques vers l'âge de 15 ans.

A l'entrée : typologie massive d'épileptoïde, pâteux et glisshroïde, asthénique et déprimé, incurique, reconnaît ses excès éthyliques : environ 4 litres de vin par jour, blanc et rouge, quelquefois des alcools. Troubles du sommeil avec zoopsies et rêves professionnels pénibles. Anorexie, amaigrissement, pituites matutinales, saburrilité digestive. Crampes musculaires dans les

mollets, hyperréflexie tendineuse aux membres inférieurs, photomoteurs faibles.

Depuis 2 ans : crises comitiales typiques assez peu fréquentes (3 à 4 par an) et énurésie nocturne par périodes.

Observation n° 5. — P., née D. Emilie :

50 ans. Infirmière dans un Hôpital de la région depuis 23 ans. Novice des Sœurs de la Charité, a abandonné l'habit à la suite d'une intrigue avec une « personnalité » de l'établissement. Rompt par scrupule religieux et « pour être sûre de ne pas renouer, décide de se marier ». Epouse un jardinier de l'hôpital, ex-pupille de l'A.P., « par charité plus que par affection ». Frigidité, mésentente conjugale, accuse son mari de brutalités et d'infidélités.

Le début des excès éthyliques remonterait à 1939, au bout de 2 ans de mariage. Depuis ces deux dernières années, les troubles du caractère (« elle est jalouse ») et du comportement de Mme P. vis-à-vis des malades et du personnel de l'hôpital attirent l'attention sur elle. Depuis quelques mois, est ivre chaque soir. Il est impossible de préciser les quantités consommées, la malade persistant à minimiser ses excès dans leur ancienneté et leur importance. Boit vin cuit et Montbazillac.

Signes importants d'imprégnation éthylique : tremblement digito-lingual intense, hépatomégalie, crampes musculaires dans les mollets, troubles du sommeil avec cauchemars.

Aucun antécédent pathologique connu. Ménopause en cours.

Venue sous la contrainte de ses chefs, ne s'est pas adaptée au service. S'est toujours montrée réticente avec réactions caractérielles fréquentes.

Malgré la dissemblance de ces trois cas — et bien que les observations n°s 3 et 5 mettent en évidence le rôle de facteurs conflictuels surajoutés — il nous a semblé légitime de grouper ces malades, dont le comportement toxicomane est sous-tendu par un même état pathologique qui en faisait « des individus anormaux avant d'avoir bu une seule goutte d'alcool » (Mac Cardy).

Arriération affective et carence éducative chez le premier, impulsivité d'épileptoïde aux tendances perverses chez le second, conduite d'échec et d'auto-punition chez la dernière ont constitué ici les facteurs endogènes de la conduite alcoolique.

C. — L'ALCOOLISME D'ORIGINE CONFLICTUELLE

Nous ne retiendrons pas ici les cas de conflits latents qui interviennent pour une part dans les comportements du groupe précédent, ni ceux, extrêmement nombreux, qui participent à l'étiologie de ce que nous proposons d'appeler les alcoolismes mixtes. Ces formes d'alcoolisme d'origine conflictuelle — ou réactionnelle — pure ne représentant qu'un pourcentage restreint, nous n'en citerons ici qu'une observation.

Observation n° 6. — G. Manuel :

Espagnol de 37 ans, venu en France en 1939, à la suite de la défaite des républicains. Travaillait jusque-là comme ouvrier agricole avec ses parents.

Après quelques mois passés en camp, se fixe dans l'Allier où il s'emploie d'abord comme manœuvre rural, puis, depuis 9 ans, travaille aux abattoirs de Villefranche-d'Allier.

Célibataire, vit absolument seul, ses parents étant décédés en Espagne, il y a plusieurs années. Reste très attaché à son pays où il ne désespère pas de pouvoir retourner dès que les circonstances politiques le lui permettront.

Le début des excès éthyliques se situerait après son arrivée en France ; boit environ 3 litres par jour « parce qu'il a le cafard d'être tout seul », uniquement du vin rouge.

Pycnique, en bonne forme physique, trapu et bien musclé, a pu faire les frais du delirium tremens qui a motivé son hospitalisation. S'est révélé ensuite comme un syntone, d'un niveau intellectuel plus que moyen, travailleur et stable.

D. — L'ALCOOLISME PAR IMITATION OU CONTRAINTES SOCIALES

Dans ce groupe, nous faisons entrer les malades pour lesquels les facteurs exogènes jouent au maximum sur des personnalités exemptes de signes de déséquilibre, mais le plus souvent plastiques, suggestibles ou abouliques.

Le rôle essentiel revient ici aux traditions professionnelles quelquefois secondées par les habitudes du milieu familial.

Nous ne citerons que trois observations de cette forme d'alcoolisme, prises parmi les plus typiques :

Observation n° 7. — D. Jean :

42 ans. Plâtrier-peintre. Fils de cantonnier alcoolique actuellement décédé, aurait eu une enfance sans histoire. A 12 ans, son C.E.P. obtenu, apprend le métier de plâtrier-peintre qu'il exerce régulièrement depuis cette époque. Marié, 3 enfants de 19, 17 et 4 ans, bien portants.

Excès éthyliques très anciens, « a toujours bu », dit la famille. Consomme environ 4 litres de vin rouge quotidiennement, seul ou avec des camarades.

Présente à l'entrée une asthénie qui l'inquiète. Quelques nausées matinales. Tremblement digito-lingual net.

Après désintoxication, s'est comporté en syntone, travailleur, s'adaptant facilement.

Était venu sur le conseil impératif de son patron.

Observation n° 8. — A. Georges :

50 ans. Cafetier. Pas d'antécédents héréditaires connus, une sœur est Supérieure d'une maison du Bon-Pasteur. Enfance normale, niveau intellectuel moyen. Marié avec une femme dont il ne discute pas l'autorité, mais avec laquelle il s'entendrait bien. Une fille. Une première hémoptysie en rapport avec une évolution bacillaire, il y a 6 mois. Ne se soigne pas.

Excès alcooliques de toujours : trinque avec les clients, vin blanc et pernod de préférence. N'aurait jamais extériorisé de troubles du caractère ni d'idées de jalousie. Se saoule fréquemment.

Entré pour un accès confuso-onirique apparu après une seconde hémoptysie. Amaigrissement. Affaiblissement intellectuel. Signale des troubles du

sommeil et des pituites déjà anciens. Gérontoxon. Signes d'imprégnation globale. Urée à 0,35. L'examen radioscopique révèle une fibrose des sommets.

Observation n° 9. — D. Marcel :

48 ans. Ouvrier-verrier. Fils de cultivateur, une sœur bien portante, pas d'antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels dignes d'être signalés. Scolarité irrégulière, non sanctionnée par le certificat d'études primaires. Niveau intellectuel normal.

Après avoir été domestique agricole, travaille à Saint-Gobain comme ouvrier-verrier. Se marie, a une fille actuellement mariée, bien portante. Commence à boire « parce qu'il a soif, parce que les copains en font autant » et prétend avoir bu jusqu'à 16 litres de vin rouge uniquement. Troubles du caractère, violences en milieu familial qui provoquent le divorce, prononcé à ses torts.

Vient alors dans la région de Vichy, y travaille comme manœuvre et continue à boire autant qu'il le peut : 8 à 10 litres quotidiens.

Vit en concubinage avec une femme plus âgée, idéaliste, masochiste, déséquilibrée qui finit par nous l'amener après 8 ans de scènes.

Peu de signes d'imprégnation si ce n'est tremblement, zoopsies, pituites, troubles du caractère et violences à son égard.

Désintoxication facile, déconditionnement parfait. N'a plus bu depuis deux ans, régénération, travaille régulièrement, a rompu avec sa concubine et vit seul, fort raisonnablement.

Etant donné les traditions qui règnent localement dans le « bâtiment », pour le premier malade, les activités de cafetier du second, celles du troisième, verrier devenu gravement mais non définitivement alcoolomane, il nous a paru légitime de retenir ces trois cas d'authentiques alcoolismes professionnels.

E. — L'ALCOOLISME « MIXTE »

C'est, en ce qui concerne les 100 malades que nous avons pu étudier, le groupe numériquement le plus important.

Un trouble de la personnalité, des attitudes réactionnelles à des conflits latents ou patents, les traditions professionnelles et sociales de notre pays, grand producteur et grand consommateur d'alcool, la généralité de cette intoxication, la facilité à se procurer un toxique bon marché, accessible à toutes les bourses, associent leur action en des alliances variables. Mais, dans aucun des cas retenus ici, nous n'avons pu mettre en évidence le rôle suffisant d'un seul de ces facteurs, leur groupement synergique paraissant nécessaire à l'établissement de la conduite alcoolique.

Observation n° 10. — H. Georges :

49 ans. Plâtrier-peintre. Père limonadier, mère proxénète, une sœur normale. Enfance normale, compte tenu des conditions éducatives. S'occupe au :

bar avec son père quand, à 21 ans, et après une première condamnation pour coups et blessures, il est condamné à 5 ans de réclusion pour meurtre. Service militaire aux Bataillons d'Afrique, en revient tatoué, paludéen et dysentérique.

Se marie en 1931, pas de conflit conjugal apparent ; 7 enfants de 21 à 3 ans actuellement. Fille aînée récemment « enlevée » par un repris de justice.

Depuis son mariage, exerce son métier de peintre à Vichy et y adjoint des activités brouillonnes et fantaisistes de passeur, maître-nageur ; loue des bateaux et tient un « camping » sur les bords de l'Allier ; titulaire d'une licence de débit n° 2.

Excès anciens avec recrudescence depuis une dizaine d'années : avoue 2 litres de vin rouge et 2 litres de bière quotidiens.

Alarmé par ses troubles du caractère et ses violences en milieu familial dont il a conscience, vient spontanément, accompagné par sa femme.

A l'entrée : troubles hépato-digestifs avec amaigrissement, pituites, saburrilité, hépatomégalie. Tremblement digito-lingual, hyporéflexie tendineuse aux membres inférieurs. Troubles du sommeil avec zoopsies. Dysmnésie d'évocation. Tension artérielle : 13-9. Urée à 0,07.

Niveau intellectuel normal. Fond d'hypomanie constitutionnelle. Désintoxication et déconditionnement efficaces ; depuis sa sortie, propagandiste anti-alcoolique.

Observation n° 11. — D. René :

34 ans. Orphelin de mère à l'âge de 1 an, élevé par une marâtre jusqu'à la fin de sa scolarité à 14 ans. Apprend le métier de boulanger jusqu'à son engagement dans la marine à l'âge de 18 ans. Démobilisé en 1941, renonce rapidement, pour des raisons économiques, à son métier d'ouvrier-boulangier et travaille depuis cette époque comme mineur dans différents gisements de la région, charbon et uranium. Mariage en 1942, divorce au bout de quelques années.

Actuellement, vit seul, prenant ses repas à une cantine de mineurs, où il laisse la presque totalité de ses 45.000 fr. de gain mensuel.

Hospitalisé à la suite d'une ivresse comateuse. Présente, à l'entrée, des signes nets d'imprégnation avec troubles du sommeil (cauchemars professionnels, sensation de chute), anorexie et pituites matutinales, hépatomégalie douloureuse, tremblement digito-lingual important, crampes musculaires. Reconnaît des excès éthyliques anciens, depuis son service dans la marine. Depuis quelques années, absorbe quotidiennement 4 litres de vin rouge et avoue des ivresses fréquentes en rapport avec des libations supplémentaires.

Observation n° 12. — D. Paul.

42 ans. Ebéniste. Antécédents héréditaires : grand-père paternel interné, le père, qui ne buvait pas, s'est suicidé. Enfance normale. C.E.P. à 12 ans. Apprend ensuite le métier d'ébéniste qu'il n'a jamais cessé d'exercer. Marié en 1934, mésentente conjugale ; 1 seul enfant.

Excès éthyliques discrets, 2 litres de vin, blanc et rouge, par jour, remontant sensiblement à l'époque de son mariage. Recrudescence depuis 3 mois, depuis qu'il a la certitude (non délirante) d'être trompé.

A l'entrée, se montre déprimé et asthénique, irritable. Présente des troubles du sommeil avec réveils multiples et cauchemars terrifiants. Signes

neurologiques d'imprégnation : tremblement digito-lingual, réflexes ostéo-tendineux vifs et diffusés aux membres inférieurs. Hépatomégalie. Urée à 0,32.

Désintoxication normale.

Au cours du traitement de déconditionnement, apparition d'un état de confusion stuporeuse avec hypertension artérielle qui nécessite l'internement mais cède rapidement.

Observation n° 13. — D. Victor :

54 ans. Entrepreneur de battages. Rien de notable dans les antécédents personnels ou héréditaires. Veuf depuis plusieurs années, vit avec sa mère, âgée de 86 ans, et ses enfants. Un conflit d'intérêts, qui l'opposait à ces derniers depuis la mort de leur mère, a pris ces derniers mois un caractère aigu du fait de ses projets de remariage. Ceux-ci ont d'ailleurs échoué à cause de l'intervention de ses fils.

A l'entrée, se présente comme un malade très affaibli intellectuellement, déprimé, contrôlant mal son émotivité. Reconnaît des excès éthyliques, 2 litres de vin rouge quotidiens, « peut-être davantage depuis qu'il a des ennuis ». Signes nets d'imprégnation : troubles du sommeil et de l'appétit ; crampes musculaires, tremblement digito-lingual intense, rotuliens vifs, achilléens vifs à droite, abolis à gauche (notion d'une sciatique du côté gauche, il y a deux ans environ).

Trois jours avant son hospitalisation, aurait commencé à présenter des crises pluri-quotidiennes avec chute, ne s'accompagnant pas de perte de connaissance. Ces crises ne se sont pas reproduites dans le service. Un tracé électro-encéphalographique ne montre aucune altération appréciable du rythme.

Observation n° 14. — H., née Jeanne G.

47 ans. Femme de ménage. Fille d'un cantonnier « qui buvait comme un homme et se saoulait quelquefois ». Scolarité jusqu'à 13 ans, non sanctionnée par le C.E.P., « apprenait mal, avait la tête dure ». Se place ensuite comme serveuse dans divers bars ou restaurants de Vichy ou de la région parisienne. Mariée depuis 25 ans à un chauffeur-mécanicien, éthylique et brutal. 2 filles de 23 et 15 ans, en conflit avec le père. 1 fils décédé à 9 mois, en 1947, de méningite tuberculeuse. Abandonne, il y a deux ans, son métier de serveuse, devenu trop pénible pour elle, et fait actuellement des ménages.

Reconnaît avoir pris très jeune l'habitude de boire alors qu'elle était serveuse : apéritifs et bière surtout. Recrudescence des habitudes toxiques en 1947 et consomme actuellement 4 litres de vin rouge quotidiennement. Se saoule presque tous les soirs depuis quelques mois.

Hospitalisée à l'occasion d'une ivresse de type excito-moteur, présente des signes importants d'imprégnation : troubles du sommeil avec zoopsies, crampes musculaires, tremblement digito-lingual, hyperreflexie ostéo-tendineuse aux membres inférieurs, amaigrissement et anorexie, nausées matinales, hépatomégalie douloureuse, urée à 0,23.

S'est comportée dans le service en débile, passive et suggestible.

Ces cinq observations, prises parmi celles, les plus nombreuses, que groupe cette forme d'alcoolisme, ont l'intérêt de présenter des combinaisons variables des facteurs trouvés, à l'état plus ou moins isolé, dans les catégories précédentes.

Dans les observations n° 10 et 11, le facteur professionnel a trouvé

un terrain favorable manifestement déséquilibré, peut-être à la suite de carences éducatives graves. Pour le malade D. Paul (obs. n° 12), un conflit patent tout d'abord, puis un grave trauma affectif ont déterminé des habitudes alcooliques qu'une fragilité héritée a sans doute facilitées et aggravées. Chez nos deux derniers malades, enfin, des conflits familiaux ont exacerbé une conduite éthylique sous-tendue par des traditions professionnelles jouant au maximum, du fait d'une plasticité et d'une suggestibilité surtout nettes chez la femme.

CONCLUSIONS

Cette étude statistique qui ne porte que sur un petit nombre de cas observés dans des conditions assez spéciales, ne peut prétendre à une valeur générale.

Elle permet cependant de dégager un certain nombre de notions valables pour les alcooliques hospitalisés dans un Service de Cure Libre annexé à l'Hôpital Psychiatrique d'une région du Centre de la France, que des conditions de géographie économique ne prédisposent pas spécialement à une alcoolisation massive.

L'ouverture récente du Service dans lequel le pourcentage des malades alcooliques est passé, chez les hommes, de 23 à 63 % en 5 ans, montre l'intérêt d'une formule d'assistance permettant d'atteindre un nombre croissant de sujets, le plus souvent consentants et presque toujours récupérables.

En ce qui concerne l'alcoolisme féminin, beaucoup moins répandu, cet intérêt nous paraît moindre, sans doute en raison de la constitution, toujours plus ou moins pathologique, des buveuses qui sont ainsi, le plus fréquemment, l'objet d'une mesure directe d'internement.

Chez l'homme cependant, les facteurs endogènes se retrouvent aussi à l'origine de la conduite alcoolique, dans plus du tiers de nos cas. Suffisant à la créer chez les psychopathes et les déséquilibrés, ils n'interviennent, la plupart du temps, que pour favoriser d'autres motivations.

Parmi celles-ci, la profession, qui a été évoquée sous l'angle de conditions bio-physiques pénibles, nous a paru jouer essentiellement en tant qu'origine d'une conduite d'imitation ou de contrainte sociale,

Favorisé par les insuffisances constitutionnelles ou acquises et s'ajoutant à l'appétence originelle de l'homme pour le toxique, ce facteur social s'est retrouvé à la base de la majorité de nos cas.

La recherche hédonique est d'autant plus souvent satisfaite que nos alcooliques, usant presque tous de vin — et surtout de vin rouge ordinaire — ont toutes facilités pour se procurer un toxique nationalement répandu et jouissant au surplus d'une fausse réputation d'innocuité.

Vu : Le Président :

Signé : J. DELAY.

Vu : Le Doyen :

Signé : BINET.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- X. ABELY. — Augmentation du pourcentage des admissions pour alcoolisme dans la Seine (A.M.P., 1952).
- AJURIAGUERRA et J. ROYER. — Psychopolynévrite aiguë chez une alcoolique chronique. Tableau clinique rappelant le béribéri. *Ann. Méd. Psych.*, p. 134-140, 25 janvier 1937.
- AJURIAGUERRA et NEVEU. — Traitement des troubles mentaux de l'alcoolisme. *Gaz. des Hôp.*, 22 juin 1938, p. 817.
- AMSLER. — Aspects géographiques de l'Anjou. Analyse in *Revue de l'Alcoolisme*, Tome III, juil.-sept. 1953.
- AUDOUX. — *L'insuffisance hépatique au cours des accidents nerveux de l'alcoolisme chronique*. Thèse de Paris, 1933.
- AVIAT. — *La question des Etablissements spéciaux pour la cure de l'alcoolisme*. Thèse de Paris, 1900, 122 pages.
- BARBIER et JACQUIS. — Alcoolisme à l'Hôpital. *Lyon Médical*, 1939, t. CLXIII, p. 719.
- BARGY. — *De l'alcoolisme au point de vue de la prophylaxie et du traitement*. Thèse de Paris, 1897.
- BATHE. — *Les asiles de Buveurs*. Brochure de la Ligue Nation. contre l'alcoolisme.
- BERNER et SOLMS. — L'alcolisme chez les femmes. *Hygiène Mentale*, 1953, n° 2.
- BESSIERES et G. DESHAIES. — L'alcoolisme par le vin. *Gaz. des Hôp.*, 1939, p. 921, 5 juillet 1939.
- BOITELLE et BOITELLE-LENTULO. — *Sur quelques causes de rechute dans l'alcoolisme*. Etudes anti-alcooliques, oct.-déc. 1952.
- BRENNIEL. — *Le délire alcoolique aigu*. Thèse de Paris, 1937.
- BRISOT, FROIDEFOND et BELFILS. — L'épilepsie convulsive généralisée d'origine toxique (éthylque chronique). *Soc. Méd. Psych.*, octobre 1940.
- A. BROUSSEAU. — Hérité et alcoolisme. Position moderne du problème. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 3 octobre 1941, p. 663, à 670.
- BRUEL. — L'éthylothérapie intraveineuse chez les alcoolomanes. *Le Progrès Médical*, n° 29, 22 juillet 1939, p. 1053.
- BRUEL et LECOQ. — Recherches sur l'alcoolisme chronique. *Presse médicale*, 23-26 avril 1940, p. 436.
- R. CHARPENTIER. — De l'idée de dégénérescence à la doctrine des constitutions. *Journal de Neur. et Psychiatrie*, mars 1932.
- CHAVIGNY. — Défense contre l'alcoolisme. *Soc. de Méd. de Strasbourg et du Bas-Rhin*, juin 1937.
- CHEVALLEY. — Les vitamines et leur utilisation thérapeutique. *Semaine des Hôpitaux*, Paris, 17 octobre 1941, p. 733.
- H. CLAQUIN. — *L'alcoolisme neuro-psychique par le vin en Vendée*. Thèse de Paris, 1942.
- H. CLAUDE et MONTASSUT. — La compensation idéo-affective. *Encéphale*, 1925, p. 557.

- J. COTTET. — Foie malade et carence en vitamine C in *Intoxication et carences alimentaires* de Loeper et ses collaborateurs. Masson, 1938.
- H. et M. COULEON. — Accès aigus et subaigus de l'alcoolisme chronique et Avitaminose B. *Gaz. des Hôp.*, 5-8 février, n° 11-12, p. 109.
- A. COULON. — Le buveur en face de l'Institution familiale. *Société Médicale* Paris, 28, 1952.
- COULONJOU. — *De l'assistance des buveurs par l'internement dans un asile spécial*. Thèse de Toulouse, 1899.
- COURBON et CAILLEUX. — Alcoolisme récidivant d'exaltation maniaque. *Ann. Méd. Psych.*, 1930, t. 1, p. 85.
- J. DAIRE. — *L'alcoolisme chronique et les thérapeutiques de désintoxication*. Thèse de Lille, 1939.
- DAUMEZON et coll. — Alcoolisme et profession. *L^e Congrès des Médecins Psychiatres et Neurologistes de Langue Française*. Pau, juillet 1953.
- J. DELAY. — Etudes de Psychologie médicale. *P.U.F.*, Paris, 1953.
- J. DELAY. — La paranoïa de compensation. *Soc. Méd. Psychol.*, 25 juin 1943.
- DELMAS-MARSALET. — Communication aux Assises Nationales de la Médecine du 8 juin 1952.
- DEROBERT et DUCHENE. — *Alcoolisme aigu et chronique*, Baillière Ed., 1942.
- DESHAIES. — Les conditions psychologiques de l'alcoolisme. *Hygiène mentale*. XXXVI^e année, 1946-47.
- DESHAIES. — L'alcoolisme héréditaire. *Encéphale*, 1939-40-41, n° 4, p. 446.
- J. DUBLINEAU. — Alcool et troubles mentaux. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 novembre 1933, p. 578.
- J. DUBLINEAU. — Réflexions à propos de quelques psychoses alcooliques. *Erol. Psych.*, 1934, fasc. II.
- J. DUBLINEAU et DUCHENE. — Recherches sur 100 malades entrés au service spécial des aliénés alcooliques du département de la Seine. *Encéphale*, juin 1939-1940, p. 275 à 311.
- J. DUBLINEAU et DUCHENE. — *Ann. Méd. Psych.*, 1939, t. II, p. 59 à 64 et 89 à 102.
- J. DUBLINEAU et L. TARBOURIECH. — La précipitation du type méningitique du benjoin colloïdal dans les états psychopathiques. *C. R. du Congrès des Méd. Alién. et Neur. de Langue française de Bruxelles*, 1935, p. 458.
- H. DUCHENE. — *Modifications du liquide céphalo-rachidien chez 100 malades internés pour troubles mentaux alcooliques*. Thèse de Paris, 1940.
- DUPRÉ et CHARPENTIER. — Les ivresses délirantes transitoires. *Encéphale*, 1906, p. 27.
- ESPARCEIL. — *Nouvelles recherches expérimentales sur l'accoutumance à l'alcool chez l'homme*. Thèse de Toulouse, 1937.
- H. EY. — *Psychoses alcooliques*. Conférence de Ste-Anne, 1942.
- H. FALLADA. — *Le buveur*. Albin Michel éd., Paris, 1952.
- FIESSINGER, CADJOS et PANAYOTOPOULOS. — La traversée sanguine de l'alcool en pathologie hépatique. *Le sang*, t. IX, p. 901 à 913, 1935.
- FIESSINGER et WOLF. — La pathogénèse des cirrhoses. Classifications et groupements anatomo-cliniques. *Presse Médicale*, 17 mars 1923.
- FIESSINGER, L. MICHAUX, HERBAIN. — Troubles nerveux de la grande insuffisance hépatique. Essai clinique et pathogénique. Méningite toxique et polypeptidorachie. *Rev. de Méd.*, n° 10, décembre 1930.
- FOREL. — Les toxicomanes. *Ann. Méd. Psych.*, t. II, p. 362, 1931.
- Ch. FOULON. — Alcoolisme et question sociale. *XXIV^e Congrès anti-alcoolique*, p. 40.
- J. FROMENT, R. MASSON et J. BRUN. — Comitialité tardive et alcoolisme chronique. *Lyon Médical*, 1929, t. CLXIII, p. 733.
- J. FROMENT et J. BRUN. — Troubles de la parole et tests des mots d'épreuve dans l'alcoolisme chronique. *Lyon Médical*, t. CLXIII, p. 730, 1939.
- Paul GARNIER. — *La folie à Paris*. Paris, 1890, p. 76 à 121.

- GUIBAUD, BONNAFOUS-SERIEUX, NODET. — Symptômes et lésions du système nerveux végétatif dans l'alcoolisme chronique. *Ann. Méd. Psych.*, 1936, t. 1, p. 211.
- G. HEUYER et H. DUCHENE. — Le vin, facteur le plus répandu de l'alcoolisme en France. *Semaine des Hôpitaux*, 3 octobre 1941, p. 673.
- P. JANET. — *Les médications psychologiques*, 1919, III, p. 342.
- L. JUSTIN-BESANÇON, INBONA et l'ERGOLA. — Les manifestations mentales des avitaminoses nicotiniques. *Semaine des Hôpitaux*, Paris, 17 octobre 1941, p. 795.
- H. P. KLOTZ. — La polynévrite alcoolique. Etude pathogénique et thérapeutique. Thèse de Paris, 1937.
- LADAME. — 30 années d'alcoolisme. *Progrès Médical*, 1935.
- Mme. S. LALLEMAND. — Recherches sur la toxicité cellulaire de l'alcool éthylique. *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1933, t. XV, p. 84-90.
- E. LE BRETON. — Physiopathologie de l'alcool éthylique. *Encycl. Méd. Chirurg.*, t. « intoxications », fas. 10055.
- LECONTE. — *Conflits sociaux et psychose*. Etude médico-sociale. Doin et C^{ie}, 1938.
- LECONTE et MARTY. — A propos de la statistique sur l'alcoolisme dans les asiles. *Ann. Méd. Légale.*, janvier, février, mars 1945.
- LECOQ. — Essai critique sur les vitamines B. *Presse Médicale*, 19 août 1933.
- A. LE GALL. — *Alcoolisme et aliénation mentale dans le département du Morbihan*. Thèse de Paris, 1939.
- LEGRAIN et MARIE. — *Les causes psychologiques de l'alcoolisme*. Préface de Pierre Janet, édit. « Je sers », 1925.
- LESPINAT. — *Contribution à l'étude clinique et nosologique de la gastrite éthylique*. Thèse de Paris, 1935.
- J. LÉVY. — Alcoolisme expérimental. Mécanisme de l'accoutumance à l'alcool. *C. R. Acad. Sciences*, t. CXXIX, p. 973-976, 1934.
- LÉVY-VALENSI. — L'alcool révélateur des tendances et des psychopathies. *Semaine des Hôpitaux*, 1934, p. 234.
- LEWIN. — *Les Paradis Artificiels*. Trad. Franç. Payot. 1928.
- A. LEY et CHARPENTIER. — Alcoolisme et Criminalité. *Rapport au XX^e Congrès des Al. et Neur. de langue française*, Bruxelles, 1910.
- J. LHERMITTE, AJURIAGUERRA et GARNIER. — Les lésions du système nerveux dans l'intoxication alcoolique expérimentale. *C. R. Soc. Biol. CXXVIII*, n° 18, 1938, p. 386.
- Ch. LOISEAU. — *Régression du nombre des psychoses alcooliques dans le Morbihan sous l'influence des restrictions des boissons alcoolisées*. Thèse Paris, 1944.
- Jack LONDON. — *Le cabaret de la dernière chance*. Crès Ed., Paris, 1926.
- MAGNAN. — *De l'alcoolisme*, 1874.
- MAIGNON. — Rôle de l'alcool dans la nutrition. Sa valeur comme aliment. *Soc. de Path. comparée*, 11 mars 1941.
- L. MARCHAND. — Rapports de l'alcoolisme et de l'épilepsie. *Paris Médical*, 10 juillet 1937.
- L. MARCHAND, P. COURBON et J. CANIER. — Deux cas de démence alcoolique à marche rapide. Prolifération cérébrale névroglique et microglique considérable sans lésions inflammatoires vasculaires et méningées. *Ann. Méd. Psych.*, 1939, t. 1, p. 796.
- L. MARCHAND et A. COURTOIS. — La psychose aiguë de Korsakoff des alcooliques. *Revue Neurol.*, 1934, t. II, p. 425.
- P. MAZEL. — Le delirium tremens traumatique. *Rapport au XVIII^e Congrès de Méd. Lég.*, 1933, *Ann. de Méd. Lég.*, t. XIII, p. 225-279, 1933.
- R. MIGNOT. — *Les alcooliques au dispensaire d'hygiène mentale*. Communication au XXIX^e Congrès des Méd. Al. et Neur. de langue française, 1925, p. 290.
- R. MIGNOT. — L'ivresse délirante. *La Pratique Médicale*, 1925.

- R. MIGNOT. — Petits signes de l'alcoolisme chronique. *Prat. Méd. Franç.*, mars 1928.
- R. MIGNOT. — La prédisposition aux accidents mentaux de l'alcoolisme chronique. *Ann. Méd. Psych.*, t. 1, 1933, p. 300.
- R. MIGNOT. — La prophylaxie des réactions antisociales des alcooliques. *Journées Médic. de Tunisie*, 1926.
- R. MIGNOT. — L'assistance des alcooliques et le nouveau projet de loi sur les aliénés. *Hyg. Ment.*, 1927, n° 6, p. 77 à 82.
- P. NEVEU. — *Les délires chroniques des alcooliques*. Thèse de Paris, 1939.
- NICOLAS DE NICOLAY. — *Générale description du Bourbonnais*, 1569, Edité par A. Vayssière en 1889.
- PARAF et S. LEWI. — Contribution à l'étude des facteurs pathogéniques des cirrhoses alcooliques. *Bull. M. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1939, 1, p. 430.
- PERGONDI. — *L'hérédité alcoolique. La blastoxie*. Thèse de Lyon, 1930.
- P. PERRIN. — Causes et conséquences psychiques de l'alcoolisme. *XXIV^e Congrès contre l'alcoolisme*, p. 1-9.
- P. PERRIN. — Le buveur en face de l'Institution familiale. *Etudes anti-alcooliques*, n° 9, 1951.
- P. PERRIN. — Le vin contre la race française. *Gaz. Méd. de France* déc. 1941.
- A. POROT. — *Les toxicomanes*, Alger, 1945.
- PLOTKE. — Le problème de l'alcoolisme considéré au point de vue de « l'individu physiologie » d'Adler. *Hygiène Mentale*, décembre 1934.
- G. RALLU. — *Les psychoses alcooliques et leurs facteurs économiques et sociaux*. Thèse de Paris, 1938.
- ROGER et BOUDOURESQUES. — Syndrome psycho-polynévritique de Korsakoff. *Ann. Méd. Psych.*, 293-298, février 1939.
- SANTENOISE et VIDACOVITCH. — Contribution à l'étude des psychoses d'intoxication. *Ann. Méd. Psych.*, juillet 1925, t. 1, p. 133.
- SEABROCK. — *Un ivrogne chez les fous*. N.R.F. Ed., Paris, 1938.
- C. SIMONIN et E. LE BRETON. — Article « Intoxication alcoolique aiguë » du tome « Intoxications » de *l'Encycl. Méd. Chir.*
- SINGER, RUCH et FORGET. — Alcoolisme aigu et chronique féminin depuis la guerre. Etude clinique et statistique. *Congrès de Luxembourg*, 1952.
- SOULAIRAC et JOUANNAIS. — Le liquide céphalo-rachidien dans le pronostic et les complications de l'alcoolisme chronique. *Gaz. des Hôp.*, 5-8 novembre 1941, p. 882.
- SOULAIRAC et Mlle JOUANNAIS. — Alcoolisme chronique et syndrome hébéphrénocatatonique. *Soc. Méd. Psych.*, 24 novembre 1941.
- TOULOUSE, MARCHAND, COURTOIS. — L'encéphalite psychosique aiguë des alcooliques chroniques (delirium tremens). *Ann. Méd. Psych.*, Janvier 1933, p. 1.
- H. TRIBOULET, MATHIEU, MIGNOT. — *Traité de l'alcoolisme*. Masson, 1905.
- L. TRUFFERT. — L'intoxication alcoolique aiguë. *Presse Médicale*, 29 janvier, 1^{er} février 1941, p. 117.
- VIGNES. — L'intoxication alcoolique et ses effets sur la race. *Rev. Anthropologique*, avril-juin 1941, p. 33.
- M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, J. DELORME et H. KLOTZ. — L'altération de certaines glandes endocrines au cours de l'alcoolisme chronique. *Presse Médicale*, 30 décembre 1936.
- M. VILLARET, JUSTIN-BESANÇON et H. P. KLOTZ. — Le problème pathogénique de la polynévrite alcoolique. *Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 3 juillet 1936.
-

Table des Matières

INTRODUCTION.

I. — <i>Conditions générales d'étude.</i>	
A. — Circonstances géographiques	15
B. — Moyens d'études : le Service de Cure Libre.....	16
C. — Les malades	18
II. — <i>Données statistiques.</i>	
A. — Circonstances d'hospitalisation	20
B. — Caractéristiques bio-socio-psychologiques du malade.	21
C. — L'agent toxique	27
D. — Les formes cliniques de l'intoxication.....	28
III. — <i>Etude comparative.</i>	30
IV. — <i>Essai d'interprétation</i> (classification étiologique).....	35
A. — L'alcoolisme des psychopathes	36
B. — L'alcoolisme des déséquilibrés et névrosés.....	38
C. — L'alcoolisme d'origine conflictuelle	39
D. — L'alcoolisme par imitation ou contrainte sociale...	40
E. — L'alcoolisme « mixte »	41
V. — <i>Conclusions</i>	45
VI. — <i>Bibliographie</i>	47

